

**ZGODA PACJENTA NA BADANIE
- GASTROSKOPIA**

PESEL lub (w przypadku braku nr PESEL) rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

--

Imię i nazwisko pacjenta: Data badania:
Adres zamieszkania: Waga: Wzrost:
..... Data urodzenia:
Telefon: Płeć: K M nie chcę podawać

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

(wypełnić w przypadku osób niepełnoletnich lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody)

Imię i nazwisko: Telefon:
Stopień pokrewieństwa lub podstawa reprezentacji:
Adres zamieszkania:



Niniejszy dokument stanowi wyraz świadomej i dobrowolnej zgody Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegu medycznego – gastroskopia. Proszę dokładnie zapoznać się z treścią formularza przed podpisaniem.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZABIEGU**1. Nazwa zabiegu (procedury medycznej):**

Gastroskopia

2. Cel i przebieg zabiegu:

Gastroskopia jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (gastroskopu) przez jamę ustną do przełyku, a następnie do żołądka i dalej do dwunastnicy. Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz jeśli istnieje potrzeba – pobranie wycinków do badania mikroskopowego ze znalezionych tam zmian. W wypadku krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia. W przypadku znalezienia polipów, może się okazać koniecznym ich usunięcie za pomocą pętli.

3. Możliwe zagrożenia i powikłania (ryzyko związane z zabiegiem, wskazania, przeciwwskazania, prawdopodobne działania niepożądane):

Powikłania związane z badaniami endoskopowymi górnego odcinka przewodu pokarmowego zdarzają się niezwykle rzadko, niemniej jednak pełnego powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo może dojść do: krwawienia z miejsca biopsji lub po polipektomii oraz perforacji ściany przewodu pokarmowego (około 0,05% badań). Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki czy zatrzymanie akcji serca. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie możliwych powikłań i kontakt z lekarzem, jeżeli po badaniu występują: ból w klatce piersiowej, narastający ból gardła, ostry ból brzucha, gorączka, dreszcze lub masywne krwawienie z przełyku.

**ABY ZMNIJSZYĆ RYZYKO WYŻEJ WYMIENIONYCH POWIKŁAŃ,
PROSIMY ODPOWIEDZIEĆ NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA:**

Zakreśl kółkiem właściwą odpowiedź

Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach lub usunięciu zębów?	TAK	NIE
Czy zaobserwował/a Pani/Pan skłonność do łatwego powstawania „siniaków na skórze”?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan uczulenie na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan wszczepiony „rozrusznik” serca lub endoprotezę?	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży (wypełniają kobiety)?	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu chorób serca lub płuc (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, acenocumaryl, sintrom, plavix itp.)? Jeśli TAK - jakie?	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)? Jeśli TAK - jakie?	TAK	NIE

Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowana/y?

TAK NIE

Jeśli TAK, proszę podać kiedy i z jakiego powodu

.....

OŚWIADCZENIE PERSONELU MEDYCZNEGO

Oświadczam, że w sposób zrozumiały i wyczerpujący przekazałem/am Pacjentowi/Przedstawicielowi ustawowemu informacje dotyczące:

- informacje o stanie zdrowia Pacjenta oraz rozpoznaniu,
- istoty, celu i charakteru proponowanego zabiegu,
- prawdopodobnych korzyści,
- możliwych zagrożeń, powikłań i ryzyka związanego z zabiegiem,
- proponowanych oraz dostępnych alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- wynikach leczenia oraz rokowania,
- zaleceń przed- i pozabiegowych.

.....
data i podpis lekarza / osoby udzielającej informacji

.....
pieczęć placówki medycznej / lekarza

OŚWIADCZENIE PACJENTA/PREDSTAWICIELA USTAWOWEGO

1. Oświadczam, że:

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący oraz otrzymałam/em materiały edukacyjne.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem, spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, wyników badania górnego odcinka przewodu pokarmowego, rokowania, ewentualnego leczenia pooperacyjnego. Przyjmuję do wiadomości, że cel badania/zabiegu może nie zostać osiągnięty. Znanе mi są możliwe powikłania związane z badaniem górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Poinformowano mnie o możliwości wystąpienia powyższych powikłań i po uzyskaniu odpowiedzi lekarza na zadane pytania, wyrażam zgodę na gastroskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów) z przełyku, żołądka lub dwunastnicy do badania histopatologicznego, a także na endoskopowe usunięcie polipów jeżeli w trakcie zabiegu lekarz uzna to za konieczne. Ponadto wyrażam zgodę na zabieg tamowania krwawienia przy użyciu endoskopu w przypadku, gdy w trakcie zabiegu stwierdzone zostanie krwawienie.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie badania gastrokopii oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie jego przeprowadzania, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Oświadczam również, że podczas wywiadu lekarskiego i badania, nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób, uzależnień, przyjmowanych leków i substancji psychoaktywnych, w tym terapii alternatywnych.

2. Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na proponowany zabieg: gastroskopia.

3. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, iż rozpoczęcie procedury organizacji i przygotowania badania powoduje powstanie po stronie Placówki kosztów związanych m.in. z rezerwacją czasu lekarza, personelu medycznego, aparatury oraz przygotowaniem dokumentacji i materiałów medycznych - w przypadku niewykonania badania z przyczyn leżących po stronie Pacjenta, Pacjent zobowiązany jest do zapłaty pełnej ceny badania zgodnie z obowiązującym cennikiem Placówki.

.....
data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

INFORMACJE DODATKOWE

- W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości. Z powodu znieczulenia gardła prosimy przez dwie godziny po zabiegu nic nie jeść i nie pić. Prosimy poinformować lekarza jeśli w kilka godzin po zabiegu odczuwać będzie Pani/Pan silne bóle brzucha lub zaobserwują Państwo czarne stolce
- Przyjmuje się, że Pacjent/Przedstawiciel ustawowy został poinformowany o konieczności przestrzegania zaleceń przed- i po zabiegowych, które mają istotne znaczenie dla skuteczności i bezpieczeństwa zabiegu.
- Niniejsza zgoda może w każdej chwili zostać odwołana, jednak Pacjent/Przedstawiciel ustawowy został uprzedzony o możliwych konsekwencjach przerwania lub niewykonania zabiegu.

Informacja o administratorze danych: Informujemy, że administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne „Zdrowie Plus” A. Reznier Sp. k., ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce, REGON 260214923, NIP 657-277-61-82. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.