

## ZGODA PACJENTA NA BADANIE - KOLONOSKOPIA

**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 – kolonoskopia. Proszę dokładnie zapoznać się z treścią formularza przed podpisaniem.**

### INFORMACJE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZABIEGU

#### 1. Nazwa zabiegu (procedury medycznej):

Kolonoskopia

#### 2. Cel i przebieg zabiegu:

Kolonoskopia jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (kolonoskopu) przez odbytnicę do odbytnicy, a następnie do dalszych części jelita grubego aż do kątnicy. Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz, jeśli istnieje taka potrzeba, pobranie wycinków do badania histopatologicznego ze znalezionych zmian. W wypadku stwierdzenia krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia. W przypadku znalezienia polipów należy je usunąć za pomocą pętli diatermicznej. W trakcie badania istnieje możliwość podania drogą dożylną środków przeciwbólowych i/lub uspokajających.

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

W trakcie kolonoskopii pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko możliwe jest wystąpienie następujących powikłań, które czasami wymagają leczenia operacyjnego: perforacja jelita, zapalenie otrzewnej, krwotok z przewodu pokarmowego lub krwotok do jamy otrzewnej (np. po usunięciu polipów). Chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowego użytku lub sprzętem poddawanym każdorazowo dezynfekcji i/lub sterylizacji, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zarażenia wirusami zapalenia wątroby (m.in. HBV i HCV) lub innymi drobnoustrojami. Część z ww. powikłań może wymagać operacyjnego otwarcia jamy brzusznej lub klatki piersiowej, przetoczenia krwi i osocza oraz intensywnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Niekiedy wystąpić mogą powikłania, których nie sposób przewidzieć, np. reakcja uczuleniowa na lek znieczulający lub środki dezynfekcyjne (od wysypki skórnej, swędzenia, po wstrząs anafilaktyczny) ponieważ część z tych powikłań jest poważna to mogą się one, wyjątkowo rzadko, zakończyć zgonem.

#### ABY ZMIEJSZYĆ 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, acenocumarol, sintrom, plavix itp.)? Jeśli TAK - jakie? .....	TAK	NIE

Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)?

TAK NIE

Jeśli TAK - jakie? .....

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 dolnego odcinka przewodu pokarmowego, rokowania, ewentualnego leczenia pooperacyjnego. Przyjmuję do wiadomości, że cel badania/zabiegu może nie zostać osiągnięty. Znanie mi są możliwe powikłania związane z badaniem dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Poinformowano mnie o możliwości wystąpienia powikłań i po uzyskaniu odpowiedzi lekarza na zadane pytania, wyrażam zgodę na kolonoskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów), 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 kolonoskopii 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 uzyskałam/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na proponowany zabieg: kolonoskopia.**

**3. Oświadczam, że zostałam/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. Prosimy poinformować lekarza jeśli w kilka godzin po zabiegu odczuwać będzie Pani/Pan silne bóle brzucha lub zaobserwuje Pani/Pan czarny stolec/krew.

- 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.