

**ZGODA PACJENTA NA BADANIE
- SIGMOIDOSKOPIA**

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 badania medycznego – sigmoidoskopia. Proszę dokładnie zapoznać się z treścią formularza przed podpisaniem.

INFORMACJA O BADANIU

Sigmoidoskopia jest badaniem endoskopowym końcowego odcinka jelita grubego (odbytnicy, esicy oraz części okrężnicy zstępującej), wykonywanym przy użyciu giętkiego endoskopu wyposażonego w źródło światła i kamerę. Badanie umożliwia ocenę błony śluzowej jelita, wykrycie zmian chorobowych, stanów zapalnych, polipów oraz pobranie wycinków do dalszych badań histopatologicznych. Podczas badania mogą wystąpić przejściowe dolegliwości, takie jak uczucie rozpierania, parcia na stolec, wzdęcia lub niewielki dyskomfort.

ANKIETA MEDYCZNA

Zakreśl kółkiem właściwą odpowiedź

Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwie lub przeciwplatekcyjne? Jeśli TAK - jakie?	TAK	NIE
Czy występują u Pana/Pani choroby serca, nadciśnienie lub zaburzenia rytmu serca?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?	TAK	NIE
Czy występują alergie na leki lub środki medyczne? Jeśli TAK - jakie?	TAK	NIE
Czy występują obecnie: krwawienie z odbytu, silny ból, gorączka lub biegunka?	TAK	NIE
Czy wykonywano wcześniej badania endoskopowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego?	TAK	NIE
Czy był/a Pan/Pani operowany/-a w obrębie jamy brzusznej lub jelita grubego?	TAK	NIE

ZGODA NA BADANIE

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o celu i przebiegu badania sigmoidoskopii, możliwych dolegliwościach oraz rzadkich powikłaniach związanych z badaniem, takich jak krwawienie, perforacja (przedziurawienie) ściany jelita, reakcja na stosowane leki lub inne nieprzewidziane zdarzenia medyczne.

2. Miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących badania i uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi.

Wyrażam dobrowolną zgodę na wykonanie badania rektoskopii.

3. Oświadczam, że zostałem/am 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 lekarza / osoby wykonującej badanie

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