Centrum Medyczne Zdrowie

Centrum Medyczne „ZDROWIE PLUS" A. Rezner spółka komandytowa
ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce
NIP: 657-277-61-82, REGON: 260214923, KRS 0001108219
I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 000000022037
zakład leczniczy: CENTRUM MEDYCZNE ZDROWIE
- Filia Przychodnia, ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce
V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych 02
- **Pracownia Endoskopii**, ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce
VII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych 150

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 jamą 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 zagwarantowac´żaden lekarz. Wyjątkowo może dojsć´do: krwawienia z miejsca biopsji lub po polipektomii oraz perforacji ściany przewodu pokarmowego (około 0,05% badan)´. 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 ZMNIEJSZYĆ 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)? 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/PRZEDSTAWICIELA 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. Znane 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 gastroskopii 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

.....
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 czarny stolec
- 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. Rezner 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.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych pacjenta:

Administratorem Państwa danych jest Centrum Medyczne „Zdrowie Plus" A. Rezner sp.k., ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: **iod@zdrowiekielce.com**. Dane, w tym informacje o zdrowiu, przetwarzamy w celu udzielania i rozliczania świadczeń oraz prowadzenia dokumentacji medycznej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO, odpowiednio do celu przetwarzania. Dokumentację przechowujemy zasadniczo przez 20 lat od końca roku ostatniego wpisu, z wyjątkami ustawowymi. Dane mogą otrzymywać podmioty uprawnione przepisami oraz dostawcy usług wspierających działalność placówki. Mają Państwo prawo dostępu do danych, ich sprostowania, żądania ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO. Pozostałe prawa przysługują na zasadach określonych w RODO. Nie możemy usunąć dokumentacji, którą musimy przechowywać zgodnie z prawem. Niepodanie danych wymaganych przepisami może uniemożliwić udzielenie świadczenia. Pełna informacja o przetwarzaniu danych i prawach pacjenta jest dostępna na stronie **zdrowiekielce.com/rodo/** oraz w rejestracji.