



## ŚWIADOMA ZGODA NA GASTROSKOPIĘ

Gastroskopia jest metodą diagnostyczną służącą do rozpoznawania chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego. Badanie polega na wzrokowej ocenie przełyku, żołądka i dwunastnicy przy użyciu giętkiego, przypominającego rurę, przyrządu z elektrycznym źródłem światła i urządzeniem optycznym – gastroskopu. Badanie wykonuje się po znieczuleniu gardła. Gastroskop wprowadza się przez jamę ustną i możliwe jest obejrzenie przełyku, żołądka i części dwunastnicy. Do przeprowadzenia gastroskopii niezbędne jest by pacjent był na czczo (nie wolno jeść, pić, palić papierosów przed badaniem). Przed badaniem należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Instrument służący do badania jest każdorazowo dezynfekowany. Nie można zagwarantować całkowitego braku ryzyka podczas gastroskopii, jednakże komplikacje z tym związane takie jak krwawienie, perforacja badanego narządu czy zakażenie zdarzają się bardzo rzadko. Niekiedy konieczne jest pobranie małego fragmentu tkanki, tzw. Biopsja, celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiedzialnej za nawrotowość wrzodów lub też oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipa lub innych zmian, co ma zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia. Ryzyko powikłań biopsji jest również niewielkie. Po badaniu z powodu znieczulenia gardła nie wolno przez 2 godz. nic jeść ani pić, aby uniknąć zadławienia. Proszę poinformować swojego lekarza, jeśli w ciągu kilku godzin po badaniu będziecie odczuwać silne bóle jamy brzusznej, bądź zaobserwujecie czarny stolec.

*W dniu badania prosimy o posiadanie zaświadczenia od lekarza POZ o aktualnym stanie zdrowia (choroby przewlekłe, przyjmowane leki, alergię, itp.).*

Nazwisko i imię.....

PESEL | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Oświadczam, że zrozumiałam/em na czym polega gastroskopia i biopsja.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwych powikłaniach.

Oświadczam, że zgadzam się na wykonanie gastroskopii, w razie takiej konieczności na wykonanie biopsji.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o działaniu leków do znieczulenia w trakcie gastroskopii.

Wyrażam zgodę na ewentualne podanie dożylnie środków przeciwbólowych i uspokajających.

Na badanie w znieczuleniu należy zgłosić się z odpowiedzialną osobą towarzyszącą.

**Oświadczam także, że przez co najmniej 24 godziny od badania nie będę prowadzić auta, ani też obsługiwać maszyn. Przyjmuję do wiadomości, że po badaniu mogę odczuwać zawroty głowy i mdłości.**

W przypadku badania prywatnego - oświadczam, że zostałem poinformowany o kosztach badania i zobowiązuję się je pokryć.

Aby ograniczyć do minimum ryzyko krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających prosimy o odpowiedź na pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawienia, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, łatwe powstawanie siniaków?      TAK I\_|      NIE I\_|
2. Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. Acard, Polocard, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Warfin, Acenokumarol) ?      TAK I\_|      NIE I\_|
3. Czy choruje Pani/Pan na jaskrę      TAK I\_|      NIE I\_|

.....  
Data i podpis lekarza

.....  
Data i podpis pacjenta

