



**Informacja dla pacjenta o proponowanej procedurze medycznej oraz oświadczenie  
o wyrażeniu „świadomej zgody na wykonanie procedury medycznej  
KOLONOSKOPIA/SIGMOIDOSKOPIA/ POLIPECTOMIA**

**I. Wskazania, oczekiwane korzyści z wykonania proponowanej procedury**

Kolonoskopia jest metodą diagnostyczną pozwalającą ocenić jelito grube. Celem badania jest diagnostyka – rozpoznanie oraz nadzór w chorobach jelit (zmiany zapalne, uchyłki, polipy, proces nowotworowy).

Podstawowymi wskazaniami do kolonoskopii są:

- bóle brzusza,
- wzdęcia, biegunki, zaparcia,
- zmiana rytmu wypróżnień,
- obecność krwi w stolcu,
- anemia,
- podejrzenie chorób zapalnych jelit,
- podejrzenie choroby nowotworowej,
- kontrola leczenia zachowawczego i zabiegowego.

**II. Podstawowe informacje o proponowanej procedurze**

Badanie polega na wprowadzeniu przez odbyt giętkiego wziernika – kolonoskopu, a następnie wprowadzenie go do dalszych odcinków jelita grubego. Badanie pozwala na ocenę błony śluzowej jelita- można pobrać wycinki błony śluzowej do badania histopatologicznego. W trakcie badania pacjent może mieć uczucie wzdęcia, parcia i bólu wynikające z wdmuchiwanie powietrza do światła jelita oraz napinania się jelita. Wystąpienie bólu należy zgłosić lekarzowi przeprowadzającemu badanie. Badający może wówczas zlecić podanie środków farmakologicznych lub wykonać badanie w pełnym znieczuleniu albo zakończyć badanie. Pod koniec badania usuwamy nadmiar powietrza. Uczucie dyskomfortu może pozostać jeszcze przez kilka godzin.

**Polipectomia**- zabieg wycięcia polipa. W czasie wykonywania badania może być stwierdzony polip- łagodny nowotwór, który pozostawiony może zezłośliwieć. Endoskopowe usunięcie polipa za pomocą kleszczyków lub pętli diatermicznej nie wywołuje żadnych dolegliwości bólowych, nie wymaga głębokiej narkozy i zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Badanie wykonuje doświadczony lekarz w asyście pielęgniarki. Sprzęt endoskopowy jest przygotowany do badania w specjalnych myjkach. Badanie jest przeprowadzone zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny dla pacjenta.

**III. Ewentualne inne sposoby postępowania**

- RTG z użyciem środka kontrastowego wprowadzonego doodbytniczo,
- Tomografia komputerowa
- Rezonans magnetyczny

W wymienionych metodach diagnostycznych brak jest możliwości pobrania materiału do badania histopatologicznego.

**IV. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą**

Kolonoskopia/sigmodinoskopia jest badaniem inwazyjnym, w związku z tym obarczona jest możliwością wystąpienia powikłań, polipectomia dodatkowo zwiększa takie ryzyko:

- mechaniczne uszkodzenie śluzówki;
- uczulenie-reakcja nadwrażliwości na podawane leki;
- krwawienie – w większości przypadków nie wymaga dalszego leczenia, ale w pewnych sytuacjach może być wskazaniem do hospitalizacji i pilnego leczenia zabiegowego;
- perforacja przewodu pokarmowego, zwykle wymaga wykonania zabiegu operacyjnego;
- ze strony układu oddechowego i sercowo-naczyniowego: niedokrwienie mięśnia sercowego, zasłabnięcie, omdlenie, zaburzenia rytmu serca, duszność, niedotlenienie, napad padaczkowy, zatrzymanie krążenia;
- niewielkie ryzyko przeniesienia zakażenia;
- wykonywanie polipectomii wiąże się także z większym ryzykiem perforacji i krwawienia.

Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań.

Imię i Nazwisko Pacjenta.....PESEL.....

Niektóre powikłania mogą wymagać dalszego leczenia, mogą być także przyczyną zagrożenia życia.

#### **V. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury**

Odstąpienie od proponowanej procedury diagnostyczno- terapeutycznej może przyczynić się do dalszego postępu choroby w związku z opóźnieniem w podjętym leczeniu. W konsekwencji może to stanowić zagrożenie dla życia.

#### **W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, prosimy o pytania.**

Lekarz postara się wyjaśnić Państwu wszystko odnośnie badania i jego przebiegu.

Pielęgniarka udzieli wyjaśnień w zakresie przygotowania do badania.

Po badaniu pacjent może mieć uczucie dyskomfortu w jamie brzusznej, które pozostaje przez kilka godzin z tendencją do zmniejszania się. Może pojawić się ślad krwi po polipektomii i biopsji. W przypadku narastających dolegliwości bólowych brzucha w pierwszych dwóch dobach lub obfitego krwawienia z odbytu do 10 dni po badaniu należy niezwłocznie zgłosić ten fakt lekarzowi prowadzącemu. Po podaniu leków pacjent może opuścić pracownię endoskopową z osobą towarzyszącą i nie może obsługiwać urządzeń mechanicznych/ prowadzić samochodu. Jeżeli nie ma dodatkowych przeciwwskazań godzinie po badaniu może spożyć normalny posiłek.

### **W celu zmniejszenia ryzyka powikłań, prosimy odpowiedzieć na następujące pytania**

#### **Poprawną odpowiedź zakreślić kółkiem**

1. Czy istnieje u Państwa zwiększona skłonność do krwawień po zranieniu lub usunięciu zębów?

TAK / NIE

2. Czy zaobserwowali Państwo skłonność do powstawania „siniaków” na skórze?

TAK / NIE

3. Czy przyjmują Państwo leki:

przeciwwkrzepliwe: Acenocumarol, Sintrom, Syncumar, Warfin, Clexan, Fraxiparyna, Fraxodi, Xarelto

TAK / NIE

przeciwpłytkowe: Aclostin, Ticlo, Apo-clodin, KlopidoGrel, Zyt Plavix, Areple

TAK / NIE

przeciwzapalne: Majamil, Voltaren, Diclac, Diclo -Duo, Piroxicam, Ibuprofen, Ketonal, Febrofen

TAK / NIE

4. Czy są Państwo uczuleni na środki znieczulające, leki, jodynę?

TAK / NIE

5. Czy są Państwo leczeni z powodu chorób serca lub płuc- wada serca, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa, nadciśnienie, astma oskrzelowa?

TAK / NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

6. Czy są Państwo leczeni z powodu innych chorób przewlekłych- jaskra, cukrzyca, padaczka, choroby psychiczne? TAK / NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

7. Czy byli Państwo dotychczas operowani? TAK/NIE

Proszę wymienić operację te, szczególnie wykonywane w obrębie jamy brzusznej:

8. Czy dotychczas występowała zła tolerancja badań wcześniej wykonywanych albo powikłań podczas zabiegów? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

9. Czy mają Państwo jakieś metalowe elementy w ciele- protezy lub zespolenia metalowe, śruby, rozrusznik serca, kolczyki, piercing? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

10. Pytanie dla kobiet: Czy jest Pani w ciąży? Czy karmi Pani?

TAK/NIE

## OŚWIADCZENIA

### I. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/ łąm się z treścią formularza informacji o proponowanej procedurze Kolonoskopia/ Sigmoidoskopia/ Polipektomia
- 2) zostałem poinformowany /a o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu. Lekarz przedstawił cel zabiegu, możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem. Miałem/łam możliwość zadawania pytań i otrzymałem/łam na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej.**

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

### **Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**

i oświadczam, że zostałem/ łąm poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

### II. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przedstawiłem pacjentowi oraz jego/jej przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z wiedzą medyczną, udzieliłem informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź odmowę na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza