ZGODA NA PANENDOSKOPIĘ (GASTROSKOPIĘ)

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję, informujemy Panią/Pana o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

Panendoskopia czyli endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego, pozwala na obejrzenie przełyku, żołądka i dwunastnicy. Jest najskuteczniejszą metodą oceniającą tę część przewodu pokarmowego. W trakcie badania istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori* lub pobrania wycinków do badania histopatologicznego w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipów lub innych zmian.

Jak przeprowadza się badanie

Co najmniej 6 godzin przed badaniem nie powinno się jeść ani pić. Przed wykonaniem badania należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Znieczulenie miejscowe gardła polega na spryskaniu lignokainą w aerozolu tylnej ściany gardła. Badanie przeprowadzane jest w pozycji leżącej na lewym boku. Po założeniu plastikowego ustnika, lekarz wprowadza giętki fiberoskop średnicy około 1 cm. Moment ten jest nieprzyjemny, daje uczucie dławienia, wymaga współpracy pacjenta z lekarzem. Dalsze oglądanie trwa zwykle kilka minut, jest bezbolesne, podobnie jak pobieranie wycinków. Każdy instrument po badania jest dezynfekowany, a szczypczyki służące do pobierania wycinków sterylizowane, co zabezpiecza przed zakażeniem.

Możliwe powikłania

Powikłania panendoskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Jednak absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo rzadko może dojść do przedziurawienia ściany przewodu pokarmowego lub krwawienia – ryzyko tego typu powikłań ocenia się na 0,007%. Rzadko dochodzi do powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego i oddechowego u osób z przewlekłymi schorzeniami tych narządów.

Aby ograniczyć ryzyko związane z proponowanym badaniem prosimy o odpowiedź na następujące pytania (proszę podkreślić właściwą odpowiedź):

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień? TAK NIE
2. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki lecznicze lub znieczulające? TAK NIE
3. Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. Aspirynę, Ticlopidynę, Acenocumarol, Warfarynę, Klopidogrel, itp.)? TAK NIE
4. Czy pobiera Pani/Pan leki przeciwwrzodowe? TAK NIE
5. Czy w ciągu ostatniego miesiąca pobierała Pani/Pan antybiotyk? TAK NIE
6. Czy miała Pani/Pan operacje przełyku, żołądka, dwunastnicy? TAK NIE
7. Czy ma Pani/Pan sztuczne wyjmowane elementy uzębienia? TAK NIE

Postępowanie po badaniu

2 godziny po badaniu nie należy jeść ani pić, aby uniknąć zachłyśnięcia.
Prosimy pytać, jeśli coś jest dla Pani/Pana niejasne.

Oświadczenie pacjenta:

Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego badania oraz na ewentualne pobranie wycinków.

Imię i nazwisko ..... Data i podpis .....

PESEL | | | | | | | | | | |