

# Świadoma zgoda pacjenta na Gastroskopie

Imię i nazwisko	
Pesel	
Adres	
Telefon komórkowy	
Email	

Gastroskopia jest badaniem służącym do oceny przełyku, żołądka i dwunastnicy, połączonym z ewentualnym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, do oceny zakażenia *Helicobacter pylori* oraz usunięciem polipów (polipektomii)

Badania i zabiegi wykonuje się (po wcześniejszym przygotowaniu zgodnie z informacją dla pacjenta - Przygotowanie do badania - gastroskopia), na czczo, w pozycji na boku, po znieczuleniu tylnej ściany gardła roztworem Lignocainy. Badaniu nie towarzyszą dolegliwości bólowe, mogą wystąpić odruchy wymiotne i odbijanie. Pewien dyskomfort występuje w trakcie wprowadzania i wycofywania gastroskopu.

Powikłania po gastroskopii zdarzają się bardzo rzadko to: perforacja (przeziurawienie) ściany przełyku lub żołądka, krwawienia. Sporadyczne mogą wystąpić bóle wieńcowe, zaburzenia rytmu, skurcz oskrzeli oraz odruchowe zatrzymanie czynności serca.

Pacjent zobowiązany jest przed badaniem zgłosić przyjmowanie leków wpływających na krzepliwość krwi (aspiryna, acenokumarol, itd.) oraz przyjmowanie leków na choroby przewlekłe (cukrzyca, nadciśnienie, choroby serca, płuc) oraz uczulenie na leki.

**Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam poinformowany/na przez** \_\_\_\_\_

(imię i nazwisko lekarza)

**o alternatywnych metodach leczenia, proponowanym rodzaju postępowania leczniczego oraz możliwych typowych i nietypowych następstwach i powikłaniach planowego zabiegu, a także o sposobie postępowania po zabiegu.**

Przed wykonaniem zabiegu udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania lekarza odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych zabiegów.

Oświadczam iż miałam możliwość zadawania pytań lekarzowi i otrzymałem/łam na nie odpowiedź. Informacje przekazane przez lekarza są dla mnie zrozumiałe.

**Wyrażam/nie wyrażam** zgodę/y na wykonanie gastroskopii oraz ewentualnych niezbędnych zabiegów (pobrania wycinków, polipektomia).

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis pacjenta

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć lekarza