

Świadoma zgoda pacjenta na Kolonoskopię

Imię i nazwisko	
Pesel	
Adres	
Telefon komórkowy	
Email	

Kolonoskopia jest badaniem służącym do oceny jelita grubego, połączonym z ewentualnym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego oraz usunięciem polipów (polipektomii).

Badania i zabiegi wykonuje się po wcześniejszym oczyszczeniu jelita grubego (zgodnie z informacją dla pacjenta – przygotowanie do badania kolonoskopia), poprzez doustne podanie odpowiednich środków przeczyszczających lub wlewki doodbytniczej w przypadku sigmoidoskopii. Badaniu mogą towarzyszyć dolegliwości bólowe, wzdęcia oraz parcie związane z wprowadzeniem powietrza do jelita , które niekiedy wymagają sedacji dożylniej.

Powikłania po kolonoskopii zdarzają się bardzo rzadko , natomiast po polipektomii występują częściej. Najczęściej występujące powikłania to : perforacja (przedziurawienie ściany jelita i krwawienia). Sporadyczne mogą wystąpić bóle wieńcowe, zaburzenia rytmu , skurcz oskrzeli oraz odruchowe zatrzymanie czynności serca.

Pacjent zobowiązany jest przed badaniem dostarczyć aktualne badania laboratoryjne .Zobowiązany jest zgłosić przyjmowanie leków wpływających na krzepliwość krwi (aspiryna, acenokumarol, itd.) oraz przyjmowanie leków na choroby przewlekłe (cukrzyca, nadciśnienie, choroby serca, płuc), 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 odpowiedz. Informacje przekazane przez lekarza są dla mnie zrozumiałe.

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

Czytelny podpis pacjenta

Podpis i pieczęć lekarza