

<b>Informacja dla pacjenta o proponowanej procedurze medycznej oraz oświadczenie o wyrażeniu świadomej zgody na wykonanie gastrokopii z pobraniem materiału biologicznego</b>	
I.	Nazwa proponowanej procedury medycznej (zabiegu, badania)
<b><u>Gastroskopia z pobraniem materiału biologicznego</u></b>	
II.	Rozpoznanie: .....
III.	Wskazania, oczekiwane korzyści z wykonania proponowanej procedury będącej powodem zgłoszenia się pacjenta
<p>Gastroskopia to podstawowe badanie diagnostyczne, które pozwala dokładnie ocenić przełyk, żołądek i opuszkę dwunastnicy, wykonywaną w przypadku występowania takich objawów, jak np. przedłużający się ból nadbrzusza, wymioty z domieszką krwi, krwioplucie, krwotoki, zaburzenia połykania lub zgaga.</p> <p>W trakcie badania oceniany jest wygląd błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego, elastyczność ścian oraz zabarwienie soku żołądkowego. Gastroskopia wykonywana jest przy pomocy giętkiego aparatu (endoskopu) grubości małego palca, który jest zakładany do żołądka przez usta. W trakcie gastrokopii możliwe jest pobranie materiału do badania histopatologicznego (mikroskopowej oceny pobranych fragmentów).</p> <p>Oczekiwaną korzyścią jest wykonanie diagnostyki przełyku, żołądka i opuszki dwunastnicy oraz umożliwienie określenia sposobu leczenia.</p>	
IV.	Podstawowe informacje o proponowanej procedurze
<p>Pacjent nie powinien spożywać posiłków przed badaniem minimum 6 godz. Jeżeli pacjent zażywa przewlekle leki, np. wpływające na układ krzepnięcia krwi oraz jest uczulony na leki i inne substancje chemiczne powinien bezwzględnie zgłosić ten fakt lekarzowi prowadzącemu.</p> <p>Badanie jest zwykle przeprowadzane w pozycji leżącej na lewym boku. Wcześniej należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą lignokainy w areozolu, asystująca pielęgniarka zakłada między zęby plastikowy ustnik (dla ochrony delikatnego endoskopu). Następnie aparat wprowadzany jest do jamy ustnej i gardła w trakcie odruchu przełykania. Moment ten może być nieprzyjemny. Powinno się swobodnie i miarowo oddychać. Z uwagi na to, że w trakcie gastrokopii do żołądka wprowadzana jest niewielka ilość powietrza, pojawić się może uczucie wzdęcia i odbijania. Są to zjawiska normalne w trakcie gastrokopii i ustępują zaraz po jej zakończeniu. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut, jest w zasadzie bezbolesne, podobnie, jak pobieranie wycinków. Z powodu miejscowego znieczulenia gardła nie</p>	

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

wolno przez 2 godziny po badaniu jeść, ani pić, aby uniknąć zadławienia.

Narzędzia wykorzystywane podczas procedury rutynowo poddawane są zautomatyzowanym i kontrolowanym procesom dezynfekcji i sterylizacji, a także używany jest sprzęt jednorazowy, co zapewnia najwyższy poziom bezpieczeństwa i higieny.

#### V. Ewentualne inne sposoby postępowania

Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną, pozwalającą na ocenę części przewodu pokarmowego. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobrania wycinków w celu stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiedzialnej za nawrotowość choroby wrzodowej oraz wycinków do badań, co ma zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszej metody leczenia.

Obecnie brak innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych. Inne sposoby postępowania są uzupełniające w stosunku do gastroskopii i nie mogą jej zastąpić. Należą do nich:

- badanie radiologiczne z papką barytową,
- endoskopia kapsułkowa,
- USG jamy brzusznej,
- tomografia komputerowa,
- rezonans magnetyczny,
- manometria,
- pH-metria.

Pozostałe metody nie dają możliwości bezpośredniego obejrzenia śluzówki przewodu pokarmowego, służą do uzyskania innych informacji o funkcjonowaniu przewodu pokarmowego i nie pozwalają na uzyskanie takich informacji diagnostycznych, jak gastroskopia.

#### VI. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą

Pomimo dużego doświadczenia i staranności wykonujących procedurę może dojść do powikłań. W czasie procedury przestrzegane są rygory aseptyki, ale nie można wykluczyć ryzyka zakażenia, a szczególnie zakażenia endogennego (zakażenia własnego pacjenta). Powikłania zdarzają się jednak niezwykle rzadko. Niemniej jednak pełnego powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz.

Po badaniu może być odczuwalny niewielki ból gardła (nawet do kilku dni). Bezpośrednio po badaniu może być odczuwalne wzdęcie, które szybko ustępuje. Jest to spowodowane powietrzem wdmuchiwanym do żołądka podczas badania. Mogą wystąpić reakcje uczuleniowe na środki znieczulające. Wyjątkowo może nastąpić przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (głównie

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

przełyku). Niekiedy może też dojść do krwawienia, głównie po pobieraniu wycinków. Powikłania takie zwykle wymagają szybkiego leczenia operacyjnego.

Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie możliwych powikłań i kontakt z lekarzem, jeżeli wystąpią kłopoty z połykaniem, ból w klatce piersiowej, narastający ból gardła, ostry ból brzucha. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak zaostrzenie choroby wieńcowej, zaburzenia rytmu serca, atak astmy lub padaczki.

Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań. Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszego leczenia, może być także przyczyną zagrożenia życia.

VII. Potencjalne skutki (powikłania) odległe związane z proponowaną procedurą

Prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań odległych po tej procedurze jest małe. Mogą wynikać z powikłań wczesnych, których konsekwencją mogą być przewlekłe stany zapalne tkanek.

VIII. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury

Odstąpienie od proponowanej procedury diagnostycznej może przyczynić się do dalszego postępu choroby w związku z brakiem możliwości postawienia rozpoznania, brakiem pewności co do prawidłowości leczenia i opóźnieniem diagnostyki podjętego leczenia. W konsekwencji może to stanowić zagrożenie dla życia.

## OŚWIADCZENIA

### I. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/łam\* się z treścią formularza informacji o proponowanej procedurze medycznej tj. wykonaniu gastrokopii z pobraniem materiału biologicznego oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* o proponowanym rodzaju leczenia przez .....
- 2) zostałem/am 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, a także o alternatywnych metodach leczenia, lekarz wytłumaczył mi wyczerpująco naturę mojej choroby oraz przedstawił cel zabiegu, jak i możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem;
- 3) podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób;
- 4) miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

\* Niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

**Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej - gastrokopii.**

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że **nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej** i oświadczam, że zostałam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej:

.....  
.....  
.....

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

## **II. Oświadczenia lekarza**

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

.....  
(data, podpis i pieczętka lekarza)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....  
.....

.....  
(data, podpis i pieczętka lekarza)

.....  
Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....