**FORMULARZ ZGODY**

**I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody**

Imię i nazwisko Pacjenta:.........................................................................................................................................................

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………………………………………...

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:……..……………..............................................................................................

**II. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu:**

**GASTROSKOPIA**

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

**Dlaczego proponujemy to badanie?** Na podstawie wykonanych badań i wywiadów lekarskich podejrzewamy
u Pana/Pani istnienie zmian chorobowych w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, żołądek, dwunastnica). Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą badania w/w odcinka przewodu pokarmowego - dokładniejszą niż badania radiologiczne. W znacznym też stopniu eliminuje możliwość pominięcia zmian chorobowych. Nie bez znaczenia jest

możliwość kojarzenia badania endoskopowego z ewentualnym, równoczesnym zabiegiem terapeutycznym
(np. usuniecie polipów) oraz pobraniem wycinków, do badań histopatologicznch lub enzymatycznych na obecności bakterii Helicobacter pylori. Nie ma obecnie innego badania o jednakowych możliwościach diagnostycznych.

**Przebieg badania.** Badanie wykonuje się w pozycji leżącej na lewym boku, po uprzednim znieczuleniu ściany gardła roztworem lignokainy, wyjęciu protez zębowych i założeniu ustnika, chroniącego zarówno zęby jak i endoskop. Przez ustnik wprowadza się giętki endoskop (gastroskop), który następnie przesuwa się przez jamę ustną, po ścianie gardła do przełyku, żołądka i dwunastnicy. Wprowadzenie i wyprowadzenie aparatu należą do najbardziej nieprzyjemnych fragmentów badania. Moment wprowadzenia aparatu może wiązać się z przemijającym uczuciem duszenia lub krztuszenia się, które można w znacznej mierze złagodzić poprzez wcześniejsze znieczulenie ściany gardła oraz koordynacje ruchów oddechowych (nadzorowaną przez lekarza). Oglądanie wnętrzna przewodu pokarmowego trwa zazwyczaj kilka minut, może być dłuższe w przypadku stwierdzenia zmian, wymagających wykonania dodatkowych zabiegów – pobrania wycinków, tamowania krwawienia oraz ewentualnej rejestracji przebiegu badania. W takcie badania można doświadczyć uczucia rozpierania, odbijania, może wystąpić odruch wymiotny – te objawy także można kontrolować, skupiając się na fazie oddechu. Endoskop służący do gastroskopii jest każdorazowo dezynfekowany, dlatego też uważa się że zainfekowanie w trakcie gastroskopii jest praktycznie niemożliwe. Do pobierania wycinków służą sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

**Możliwe powikłania.** Powikłania gastroskopii zdążają się niezwykle rzadko. Jednak powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Wyjątkowo zdarza się przedziurawienie (perforacja) ściany przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku - około 0,55% badań). Niekiedy, zwłaszcza po pobraniu wycinków może dojść do wystąpienia krwawienia, które w zdecydowanej większości przypadków w krótkim czasie zatrzymuje się samoistnie. Powikłania takie zwykle wymagają pilnych, dodatkowych zabiegów endoskopowych lub leczenia operacyjnego.

Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, jak ból wieńcowy, zaburzenia rytmu serca, skurcz oskrzeli. Opisywano pojedyncze przypadki i zatrzymania czynności serca w trakcie lub po gastroskopii.

**Aby ograniczyć do minimum ryzyko krwawienia i perforacji jelita prosimy o odpowiedź na następujące pytania: (\*zaznaczyć odpowiednią odpowiedź)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **TAK** | **NIE** |
| **1.** | Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawienia zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstania sińców po niewielkich urazach mechanicznych? |  |  |
| **2.** | Czy podobne objawy występowały wśród członków Pani/Pana rodziny? |  |  |
| **3.** | Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi: 1) **kwas acetylosalicylowy**: aspiryna, polopiryna, polocard, acard,2) Tiklopidyna: **aclotin**, apo - clodin, **ticlo**, ticlopidine, aclotin, iclopid, ifapidindikumarol,3) Acenocumarol**: sintrom**, **acenocumarol**,4) Warfaryna**: warfin**5) Rivaroxaban**: Xarelto**6) Clopidogrel; **Areplex, Plavocorin, Plavix** |  |  |
| **4.** | Czy ma Pani/Pan dodatkowe pytania, związane z proponowanym badaniem? |  |  |

**Oświadczenie Pacjenta**

**Wyrażam zgodę** na wykonanie proponowanego badania, jak również na ewentualne konieczne w tym przypadku dodatkowe zbiegi (np. pobranie wycinków, usunięcie polipów, usunięcie ciał obcych, zabiegi hemostatyczne - polegające na tamowaniu krwawienia metodami endoskopowymi: ostrzykiwanie miejsc krwawiących, koagulację krwawień metodą diatermiczną, klipsowanie i opaskowanie ).

Uzyskałam/uzyskałem wystarczające informacje dotyczące planowanego badania.

………………………………………………………………………………. ………………………………………….

 Data, imię i nazwisko pacjenta / przedstawiciela ustawowego Podpis