



## INFORMACJA DLA PACJENTA - FORMULARZ ZGODY NA KOLONOSKOPIĘ

Pacjent(ka) (imię i nazwisko)..... PESEL.....

### Szanowni Państwo!

Zaproponowane Panu(i) badanie endoskopowe ma na celu wyjaśnienie przyczyny Pana(i) dolegliwości i zwiększenie szansy na skuteczną terapię, jednak przeprowadzenie go wymaga Pana(i) zgody. Aby tę decyzję Panu(i) ułatwić, w tym formularzu informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania. Ma to na celu pomóc Panu(i) w podjęciu dobrowolnej i w pełni świadomej zgody na przeprowadzenie badania.

Informujemy, że zarówno czas trwania, jak i umówiona godzina badania są orientacyjne. W przypadku trudnych i niestandardowych badań u poprzednich pacjentów może zdarzyć się, że pacjent zostanie wezwany na badanie z opóźnieniem, w związku z czym prosimy o wyrozumiałość.

### Przygotowanie do badania

Kolonoskopia jest badaniem wskazanym u osób, u których na podstawie przeprowadzonych badań i wywiadu podejrzewa się zmiany chorobowe w obrębie jelita grubego. Jest ona obecnie najskuteczniejszą metodą diagnostyczną w tej części przewodu pokarmowego.

Badanie wykonuje się po odpowiednim oczyszczeniu jelita z zalegających resztek pokarmowych środkami przeczyszczającymi. Przygotowanie do kolonoskopii rozpoczyna się dzień przed planowanym zabiegiem. Wówczas pacjent musi powstrzymać się od przyjmowania pokarmów i picia innych płynów, niż te służące do oczyszczenia jelita. Wypicie całego preparatu przeczyszczającego jelita zgodnie z zaleconym schematem i odpowiednią ilością wody jest najważniejszą zasadą właściwego przygotowania pacjenta do kolonoskopii. Od odpowiedniego przygotowania zależy jakość przeprowadzonego badania.

Przed przystąpieniem do kolonoskopii bez znieczulenia, pacjent może otrzymać leki uspokajające i/lub przeciwbólowe drogą dożylną. Podanie tych środków nie wymaga obecności zespołu anestezjologicznego. Jednak po zakończeniu badania konieczne jest pozostanie pacjenta na sali wybudzeń przez około 0,5-1 godziny. Pacjent może opuścić salę endoskopową wraz z osobą towarzyszącą.



## Opis badania

Kolonoskopia polega na delikatnym wprowadzeniu giętkiego aparatu przez kanał odbytu do poszczególnych, coraz głębszych, odcinków jelita grubego. Celem badania jest ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz, jeśli zaistnieje taka potrzeba, pobranie wycinków do badania mikroskopowego (histopatologicznego) ze znalezionych tam zmian.

W przypadku stwierdzenia obecności polipów należy je usunąć przy pomocy pętli diatermicznej, wprowadzanej przez kanał endoskopu. Polipy są przeważnie zmianami łagodnymi, jednak pozostawione w jelicie, mogą ulec przemianie w raka.

Polip zostaje oddzielony od ściany jelita poprzez elektrokoagulację naczyń krwionośnych aby uniknąć krwawienia i przesłany do badania histopatologicznego. Polipektomia wykonana tą metodą jest bezbolesna.

Polipektomia jest istotą kolonoskopii i dotychczas najskuteczniejszym zabiegiem, mającym wpływ na zmniejszenie śmiertelności, jaki jest stosowany w praktyce onkologicznej. Zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego po wykonaniu polipektomii sięga nawet 88%.

U 85% pacjentów kolonoskopia nie wywołuje dolegliwości bólowych, pod warunkiem przeprowadzenia zabiegu przez wprawnego i doświadczonego lekarza - endoskopistę. Ból podczas badania spowodowany może być pociągnięciem krezki (silnie unerwionej błony, obejmującej jelita) w trakcie manewrowania aparatem. Stopień nasilenia bólu jest indywidualnie zmienny i zależy od układu anatomicznego jelita, obecności zrostów po przebytych operacjach, a także indywidualnej wrażliwości bólowej pacjenta. Jako nieprzyjemne może być także odczuwane wdmuchiwanie powietrza, które umożliwia lekkie rozszerzenie jelita, a tym samym dokładną ocenę śluzówki. Nadmiar wdmuchanego powietrza zwykle usuwany jest pod koniec badania. Jednak uczucie dyskomfortu może utrzymywać się jeszcze kilka godzin po zakończeniu zabiegu. Czas trwania badania jest indywidualnie zmienny i waha się od 20 do 40 minut.

W trakcie badania możliwe jest podanie środków przeciwbólowych i/lub uspokajających drogą dożylną. Podczas badania w znieczuleniu ogólnym, pacjent śpi przez cały czas trwania badania i nie odczuwa żadnych nieprzyjemności.

## Postępowanie po badaniu

Jeżeli zabieg endoskopowy wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym lub sedacji, nie mogą Państwo w ciągu najbliższych 24 godzin prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać precyzyjnych urządzeń, a także podejmować czynności prawnych. Konieczna jest także pomoc osoby dorosłej przy powrocie do domu. W przypadku stosowania znieczulenia nie wolno jeść ani pić przez 2 godziny od zabiegu.

Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych i budzących Państwa niepokój objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.



Jeśli po badaniu stwierdzą Państwo silne narastające bóle brzucha, gorączkę lub zaobserwują obfite krwawienie z odbytu, prosimy zgłosić się do lekarza lub udać się do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z opisem wykonanego badania.

### Możliwe komplikacje

Wysokiej jakości sprzęt endoskopowy z obrazowaniem HD, nowoczesna aparatura stosowana do dezynfekcji endoskopów oraz sterylizacji akcesoriów, a także wieloletnie doświadczenie naszego zespołu w wykonywaniu badań, pozwala na uniknięcie większości z rozważanych w teorii i zdarzających się niezwykle rzadko powikłań. W rękach wprawnego endoskopisty kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym, jednak powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Komplikacje zdarzają się raz na kilkaset badań (< 0,35% badanych).

W trakcie kolonoskopii pomimo zachowania wszelkich zasad sztuki medycznej, możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- otarcia błony śluzowej i mechaniczne uszkodzenia badanego odcinka jelita z perforacją jelita
- zapalenie otrzewnej
- zaburzenia ze strony układu sercowo-naczyniowego, tj. zaburzenia rytmu serca, zaostrzenie przebiegu choroby niedokrwiennej serca, bóle dławicowe
- reakcje uczuleniowe na użyte środki znieczulające i środki dezynfekcyjne (wysypka skórna, swędzenie, wstrząs anafilaktyczny)
- omdlenie w trakcie zabiegu
- zaburzenia oddechowe
- krwotok z przewodu pokarmowego lub krwotok do jamy otrzewnej
- przeniesienie zakażenia (m.in. HBV i HCV), co przy stosowanych w naszym ośrodku nowoczesnych standardach dezynfekcji i sterylizacji nie powinno mieć miejsca

W przypadku polipektomii ryzyko wystąpienia powikłań wynosi 1% i do możliwych powikłań należą:

- obfite krwawienie z szypuły polipa
- przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego

Ponieważ część z tych powikłań jest poważna, mogą się one wyjątkowo rzadko, zakończyć zgonem pacjenta.

Należy także nadmienić, że badanie endoskopowe nie daje 100% pewności zabezpieczenia przed chorobą nowotworową, jednak z całą pewnością zmniejsza do minimum ryzyko jej wystąpienia.



### Informacje o pacjencie

Dla zapewnienia bezpieczeństwa przeprowadzenia badania i zmniejszenia ryzyka wystąpienia w/w powikłań, prosimy o podanie zarówno w rozmowie z lekarzem, jak i w niniejszym dokumencie następujących informacji:

**Dobłą odpowiedź należy wziąć w kółko – jeśli odpowiedź to „TAK” - ~~(TAK)~~ NIE**

Czy istnieje u Pana(i) zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach?	TAK/NIE
Czy zaobserwował(a) Pan(i) skłonność do łatwego powstawania siniaków na skórze?	TAK/NIE
Czy jest Pan(i) uczulona na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę? (Jeśli tak to na jakie?).....	TAK/NIE
Czy ma Pan(i) wszczepiony rozrusznik serca lub endoprotezę?	TAK/NIE
Czy leczy się Pan(i) z powodu chorób serca lub płuc (np. wady serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)?	TAK/NIE
Czy przyjmuje Pan(i) leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, Plavix, Acenocumarol, Sintrom, Warfin, Acard, Polopiryna, Clopidogrel, Aclotin)? Jeżeli tak to jakie?.....	TAK/NIE
Czy leczy się Pan(i) z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)? (Proszę wymienić jakie).....	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na cukrzycę i wymaga przyjmowania insuliny? (Jeżeli tak, prosimy zgłosić ten fakt przed przygotowaniem do badania)	TAK/NIE
Czy był/a Pan(i) dotychczas operowana/y? (Jeśli tak, to z jakiego powodu).....	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na przewlekłe choroby zakaźne (np. wirusowe zapalenie wątroby, AIDS)? Jeżeli tak, to to jakie?.....	TAK/NIE
Czy przyjmuje Pan/i jakiegokolwiek inne leki niewymienione powyżej? (Proszę wymienić jakie) .....	TAK/NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK/NIE
Wyrażam chęć skorzystania ze znieczulenia dożylnego (analgosedacja) oraz oświadczam, że po badaniu zostanę odebrany/a przez osobę towarzyszącą, która jest wymagana do podania tego rodzaju znieczulenia.*	TAK/NIE

\*Wyrażenie chęci na skorzystanie ze znieczulenia przez pacjenta, nie jest gwarancją jego otrzymania. Ostateczna decyzja odnośnie podania znieczulenia jest podejmowana przez lekarza po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta.

W razie pojawienia się jakichkolwiek wątpliwości i pytań prosimy poinformować o tym lekarza. Lekarz postara się udzielić rzetelnych dodatkowych informacji i rozwiązać wszelkie wątpliwości i nurtujące problemy.



### Zgoda pacjenta na wykonanie badania

Poinformowana(y) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań, po uzyskaniu odpowiedzi na zadane lekarzowi pytania, dobrowolnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie kolonoskopii. W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Stwierdzam, że zapewniono mi możliwość nieograniczonego zadawania pytań i na wszystkie zadane przeze mnie pytania uzyskałem/am wyczerpujące i satysfakcjonujące odpowiedzi. Ponadto wyrażam zgodę na przeprowadzenie czynności koniecznych do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywalnych przed planowanym badaniem okoliczności, w tym również na przetransportowanie mnie do placówki państwowej opieki zdrowotnej w celu dalszego leczenia. Wyrażam również zgodę na dożylną podanie środków znieczulających i przeciwbólowych.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób oraz zapoznałem/am się z treścią niniejszego formularza i wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopii.

.....  
data podpis pacjenta/uprawnionego opiekuna

Wyrażam zgodę na pobranie wycinków z jelita grubego do badania mikroskopowego (histopatologicznego) ze znalezionych zmian i poniesienie dodatkowych kosztów z tym związanych\*.

.....  
data podpis pacjenta/uprawnionego opiekuna

W razie stwierdzenia obecności polipów, wyrażam zgodę na ich endoskopowe usunięcie (polipektomia\*) oraz użycie dodatkowych narzędzi (igły, klipsy endoskopowe), jeżeli podczas zabiegu zaistnieje bezwzględna konieczność ich zastosowania związana z zachowaniem bezpieczeństwa pacjenta i na poniesienie dodatkowych kosztów z tym związanych.

.....  
data podpis pacjenta/uprawnionego opiekuna

\* Podczas wykonywania analizy histopatologicznej próbki pobranej w trakcie badania endoskopowego, lekarz patomorfolog może zalecić dodatkowe barwienia mające na celu rozszerzenie diagnostyki. Barwienia są dodatkowo płatne i każdorazowo w przypadku ich zalecenia przez laboratorium przychodnia kontaktuje się z pacjentem w celu uzyskania jego zgody na wykonanie dodatkowych barwień oraz na pokrycie ich kosztów.

---

### WYPEŁNIA LEKARZ

.....  
data podpis i pieczęć lekarza przeprowadzającego badanie



## INDYWIDUALNA KARTA REALIZACJI ZLECEŃ LEKARSKICH

Zlecenie leku (nazwa, dawka, droga podania)	Data i godzina zlecenia	Podpis osoby zlecającej	Data i godzina wykonania zlecenia	Podpis osoby wykonującej zlecenie

ZUŻYTY SPRZĘT:

## WYPEŁNIĆ PO BADANIU W ZNIECZULENIU DOŻYLNYM

Data i godzina .....

Pacjenta oddano pod opiekę ..... (imię i nazwisko osoby odbierającej pacjenta po badaniu).

Ja niżej podpisany/a potwierdzam odbiór pacjenta po badaniu w znieczuleniu.

.....  
Data i podpis osoby odbierającej pacjenta