

INFORMACJE O KOLONOSKOPII i FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE

Proponowany sposób diagnostyki/leczenia i oczekiwane korzyści

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego oraz badań dodatkowych lekarz podjął decyzję o wykonaniu u Pana/Pani badania kolonoskopowego. Badanie kolonoskopowe służy do oceny błony śluzowej jelita grubego. Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania diagnostycznego (kolonoskopia) z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym: pobranie wycinków do badania histopatologicznego ze zmian patologicznych, polipektomia, zabiegi tamowania krwawienia tj. koagulacja w atmosferze argonu (APC), klipsowanie, koagulacja chemiczna i sondą bipolarną, poszerzanie zwężeń lub protezowanie jelita grubego.

Przeprowadzenie badania

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu jelita z resztek pokarmowych za pomocą doustnie podawanych środków przeczyszczających. Przygotowanie rozpoczyna się w przeddzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia innych płynów niż służące do oczyszczenia jelita. Samo badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbytnicę do jelita grubego oraz w niektórych przypadkach do końcowego odcinka jelita cienkiego. Zabieg może być chwilami nieznacznie bolesny: ewentualny ból trzeba odróżniać od wzdęcia wynikającego z podawania powietrza do światła jelita dla jego pełnej oceny. W większości przypadków nie wymaga znieczulenia ogólnego. Wszystkie objawy występujące w trakcie badania należy zgłosić lekarzowi. W razie potrzeby lekarz pobiera zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej lub usuwa polipy w trakcie zabiegu polipektomii. W przypadku wskazań w trakcie kolonoskopii wykonuje się zabiegi tamowania krwawień, zabiegi tamowania krwawienia tj. koagulacja w atmosferze argonu (APC), klipsowanie, koagulacja chemiczna i sondą bipolarną, poszerzanie zwężeń, protezowanie. Endoskopy są każdorazowo dezynfekowane wg przyjętych zasad w specjalnych myjniach; akcesoria endoskopowe tj. kleszczyki biopsyjne, pętla diatermiczną są jednorazowe i sterylne, co znacząco zmniejsza ryzyko ewentualnego zakażenia chorego.

Skutki odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia i diagnostyki

W zależności od sytuacji klinicznej: niewykrycie zmian chorobowych, postawienie błędnej diagnozy, odroczenie lub uniemożliwienie prawidłowego leczenia, postęp i powikłania choroby.

Alternatywne metody do kolonoskopii

Alternatywą dla kolonoskopii jest przeprowadzenie badań obrazowych takich jak wlew kontrastowy doodbytniczy, tomografia komputerowa/rezonans magnetyczny (KT/MRI) jamy brzusznej, a w przypadku niektórych chorób - zabieg chirurgiczny. Badania obrazowe mają mniejszą wartość diagnostyczną niż badania kolonoskopowe, przez co mogą być niewystarczające do postawienia ostatecznego rozpoznania

oraz pozbawione są możliwości ewentualnego leczenia i pobrania wycinków do badania histopatologicznego. Zabiegi chirurgiczne związane są z dużo większym ryzykiem dla pacjenta niż zabiegi endoskopowe.

Data i podpis pacjenta

Możliwe powikłania wczesne

Powodzenia badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak **niezmiernie rzadko** (0,35%). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18%) i krwawienie (0,008%), które mogą być opanowane metodą endoskopową poprzez założenie pętli lub klipsa. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca oraz pęknięcie śledziony. Śmiertelność z tych powodów jest jeszcze radsza. Opisane powyżej powikłania mogą powodować konieczność leczenia operacyjnego, pozostania lub wydłużenia czasu pobytu w szpitalu w celu leczenia zachowawczego lub obserwacji.

Możliwe powikłania późne

Występują niezmiernie rzadko i dotyczą głównie procedur zabiegowych: nawrót zwężenia po poszerzaniu jelita, ryzyko opóźnionego krwawienia po polipektomii, wznowa polipa po nieradykalnej polipektomii, migracja protezy po przebytych protezowaniu skutkująca niedrożnością lub perforacją. Wiążą się wówczas z koniecznością pilnej hospitalizacji i leczenia endoskopowego/chirurgicznego.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestezjologicznych, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych ?

Tak / Nie

2. Czy występują u Pani/Pana objawy uczulenia na leki ?

Tak / Nie Jeśli tak, to na które.....

3. Czy bierze Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi, np. Aspiryna, Acard, Bestpiryn, Acenocumarol, Pradaxa, Warfin, Xalerto, Clopidogrel, Plavix, Zyllt, Ticlid, Aclotin, Eliquis?

Tak / Nie Jeśli tak, to które.....

4. Czy jest Pan/Pani leczony z powodu przewlekłych: chorób serca lub płuc (wada serca, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, astma oskrzelowa) jaskra, cukrzyca, padaczka, choroby psychiczne ?

Tak / Nie

5. Czy był Pan/Pani operowany ? Jeśli tak to proszę wymienić operacje szczególnie te wykonywane w obrębie brzucha.

Postępowanie po badaniu

Pójść do toalety, aby oddać nadmiar gazów znajdujących się w jelicie. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Państwa objawów należy zgłosić niezwłocznie lekarzowi lub pielęgniarce. Jeśli w ciągu kilku godzin po badaniu będziecie Państwo odczuwać silne bóle jamy brzusznej, zaobserwujecie czarny lub krwisty stolec lub wystąpią jakiegokolwiek niepokojące objawy prosimy poinformować o tym fakcie lekarza lub zgłosić się z opisem badania na najbliższy Szpitalny Oddział Ratunkowy.

W przypadku wątpliwości dotyczących proponowanego badania/zabiegu prosimy o pytania w celu ich wyjaśnienia. Zapoznałem/am się z informacją o badaniu.

Data i podpis pacjenta

.....

ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE KOLONOSKOPOWE

Nazwisko i imię

Pesel

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem badania diagnostycznego/terapeutycznego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku ww leczenia i zgadzam się na proponowane badanie kolonoskopowe i proponowany zabieg
- zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie jeśli sytuacja, by tego wymagała (m.in. o zabieg pobierania wycinków, zabieg polipektomii, tamowania krwawienia lub leczenie operacyjne), zgodnie z zasadami wiedzy medycznej
- oświadczam, iż przed rozpoczęciem leczenia udzieliłem/am lekarzowi prawdziwych i możliwie dokładnych informacji odnośnie mojego stanu zdrowia
- w pełni zrozumiałem informacje dotyczące badania oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem leczącym i kierującym na badanie
- uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i dobrowolnie wyrażam świadomą zgodę na wykonanie kolonoskopii wraz z biopsją i/lub polipektomią, jeżeli zaistnieje taka konieczność.

Data i podpis pacjenta

Oświadczenie lekarza

Stwierdzam, że pacjentowi przedstawiono cele oraz sposób przeprowadzenia badania/zabiegu oraz poinformowano go o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu przeprowadzonego zabiegu/badania oraz w okresie po zabiegu/badaniu (wczesnym i późnym). Omówiono przebieg badania/zabiegu, korzyści i zagrożenia wynikające z jego przeprowadzenia, a także zagrożenia wynikające z zaniechania zaleconego badania.

Data i podpis lekarza

Oświadczenie o braku zgody na wykonanie badania /zabiegu/proponowany sposób leczenia

Po uzyskaniu wyczerpującej informacji, oświadczam, że nie wyrażam zgody na przeprowadzenie badania/zabiegu..... /proponowany sposób leczenia.
Zostałam/em poinformowana/y o możliwych skutkach wynikających z mojej odmowy.

Data i podpis pacjenta