



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA WZIERNIKOWANIE GÓRNEGO
ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO**

Strona 1z1

**Wydanie 1
X. 2012r**

Badanie polega na wprowadzeniu przez usta wziernika - fiberoskopu i obejrzeniu całego górnego odcinka przewodu pokarmowego (panendoskopia) lub tylko jego części np. przełyku, żołądka (ezofagoscopia, gastroskopia). Panendoskopia jest badaniem umożliwiającym ocenę powierzchni śluzówki górnego odcinka przewodu pokarmowego i podatności (zdolności do odkształcenia) jego ścian. Przy użyciu dodatkowych instrumentów staje się możliwe pobranie materiału biopsyjnego, cytologicznego, bakteriologicznego i wykonanie zabiegów endoskopowych (polipektomii - wycięcia polipów, hamowania krwawienia, obliteracji ["zamknięcia"] żyłaków przełyku, rozszerzenia zwężeń przełyku i innych). Powikłania występują bardzo rzadko. Należą do nich:

- krwawienia,
- krwotok,
- perforacje przewodu pokarmowego,
- zapalenie śródpiersia,
- zaburzenia oddychania ,
- zaburzenia ze strony układu sercowo- naczyniowego (zaburzenia rytmu serca, nasilenie bólu okolicy serca),
- reakcje uczuleniowe na użyte środki znieczulające,
- przeniesienie zakażenia (w tym wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C),
- wyłamanie zęba,
- inne.

Powikłania infekcyjne tych procedur w naszym oddziale wynoszą poniżej 1%.

Zgoda pacjenta na badanie:

Ja.....

Pesel

wyrażam dobrowolną i swobodną zgodę na zabieg diagnostyczny -

.....
i w razie konieczności stosowny zabieg terapeutyczny wykonywany za pomocą tego badania. Zostałem wyczerpująco i zrozumiale poinformowany o celu i skutkach badania/zabiegu, który zostanie wykonany, jak również możliwych powikłaniach i korzyściach wykonywanych procedur medycznych.

Wyrażam zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie procesu diagnostycznego / terapeutycznego, jak również na zastosowanie miejscowo lub ogólnie działających środków anestetycznych.

Rabka, dnia godz.

(Czytelny podpis pacjenta)

Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o planowanym zabiegu, celu i powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonanego badania/zabiegu, jak również w trakcie innych procedur medycznych związanych z

Rabka, dnia godz.

(pieczętka i podpis lekarza)