



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

Strona 1z1

**Wydanie 1
X. 2012r**

Kolonoskopia – metoda badania dolnego odcinka przewodu pokarmowego polegająca na oglądaniu wnętrza jelita grubego. Polega ono na wprowadzeniu przez odbył specjalnego wziernika zakończonego kamerą i przesłaniu obrazu na zewnątrz. Do tego celu służy giętki instrument zwany kolonoskopem, który jest zbudowany podobnie jak fiberskop służący do diagnostyki górnego odcinka przewodu pokarmowego. Podczas kolonoskopii możliwe jest też pobieranie wycinków błony śluzowej jelita grubego do badań histopatologicznych, a także wykonywanie drobnych zabiegów, np. usuwanie pojedynczych polipów.

Rektoskopia należy do badań wziernikowych (endoskopowych) końcowego odcinka przewodu pokarmowego wykonywanych sztywnymi wziernikami, polegającego na oglądaniu odbytnicy.

Endoskopia jelita grubego należy do badań o niskim ryzyku powikłań (0,35%). Komplikacje zdarzają się raz na kilka tysięcy badań. Należą do nich:

- krwawienia,
- krwotok,
- perforacje jelita,
- zadzierzgnięcie jelita,
- 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),
- inne.

Powikłania infekcyjne związane z procedurą 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 kolonoskopia.

Rabka, dnia godz.

(pieczętka i podpis lekarza)