



ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE BADANIA GASTROFIBEROSKOPOWEGO

Gastroskopia jest metodą diagnostyczną służącą do rozpoznawania chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Gastroskopia to wzrokowa ocena przełyku, żołądka i dwunastnicy przy użyciu giętkiego, przypominającego rurę, przyrządu z elektrycznym źródłem światła i urządzeniem optycznym - gastroskopu.

Badanie wykonuje się po znieczuleniu gardła. Gastroskop wprowadza się przez jamę ustną i możliwe jest obejrzenie przełyku, żołądka i części dwunastnicy. Do przeprowadzenia gastroskopii niezbędne jest aby pacjent był na czczo (nie wolno jeść, pić, palić papierosów przed badaniem).

Nie można zagwarantować całkowitego braku ryzyka podczas gastroskopii, jednakże komplikacje z tym związane takie jak krwawienie, przedziurawienie narządu badanego czy zakażenie zdarzają się bardzo rzadko.

Czasami do postawienia pełnego rozwiązania konieczne jest pobranie małego fragmentu tkanki, tzw. biopsja.

Ryzyko powikłań biopsji jest również niewielkie, ale pacjent powinien uprzedzić personel wykonujący badanie o występującej skłonności do przedłużających się, lub nadmiernych krwawień jak również o przyjmowaniu leków obniżających krzepnięcie krwi. Prosimy pacjenta o uprzedzenie o nosicielstwie wirusów zapalenia wątroby lub HIV.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Oświadczam, że zrozumiałem na czym polega badanie gastrofiberoskopowe i biopsja.
Oświadczam, że mogłem zapytać i otrzymałem wyczerpujące odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania.**

Zgadzam się na wykonanie gastroskopii.

Zgadzam się na wykonanie biopsji.

Podpis lekarza

Data i podpis pacjenta

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA PRZED BADANIEM GASTROFIBEROSKOPOWYM

1. Czy Pan(i) chorował(a) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę ?

Kiedy? _____

TAK NIE

2. Czy Pan(i) miał(a) oznaczony antygen HBs?

Kiedy? _____

TAK NIE

3. Czy miał(a) Pan(i) kontakt z chorym na WZW (wirusowe zapalenie wątroby) ?

Gdzie? _____ Data: _____

TAK NIE

4. Czy był(a) Pan(i) szczepiony (a) przeciw WZWB (wirusowemu zapaleniu wątroby typu B)

Ile razy? _____ Data: _____

TAK NIE

5. Czy Pan(i) był(a) leczona w innych placówkach ochrony zdrowia, w tym także w gabinetach prywatnych?

Nazwa, adres, data: _____

TAK NIE

6. Czy otrzymywał(a) Pan(i) iniekcje, kroplówki, transfuzje?

Nazwa, adres, data: _____

TAK NIE

7. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje)

Jakie? _____

Nazwa, adres, data: _____

TAK NIE

8. Czy miał(a) Pan(i) pobieraną krew?

Nazwa, adres, data? _____

TAK NIE

9. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów stomatologicznych ekstrakcja zębów, plomba, usuwanie kamienia nazębnego)?

Nazwa, adres, lekarz, data: _____

TAK NIE

10. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług lekarzy okulistów (usuwanie ciała obcego z oka)?

Nazwa, adres: _____

TAK NIE

11. Czy korzystał(a) Pan(i) z gabinetów ginekologicznych (zabiegi ginekologiczne, położnicze) lub gabinetów urologicznych?

Nazwa, adres, lekarz, data: _____

TAK NIE

12. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą)

Nazwa, adres, data: _____

TAK NIE

13. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane badanie endoskopowe?

Nazwa, adres, data: _____

TAK NIE

14. Biorę leki obniżające krzepnięcie krwi

Jakie? _____

Kiedy ostatnio? _____

TAK NIE

15. Jestem uczulony/ uczulona na leki

Jakie? _____

TAK NIE



Podpis pacjenta