



ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE BADANIA KOLONOSKOPOWEGO LUB SIGMOIDOSKOPOWEGO

Kolonoskopia i sigmoidoskopia są metodami diagnostycznymi służącymi do rozpoznawania chorób jelita grubego.

Badanie te polegają na wzrokowej ocenie całego jelita grubego w kolonoskopii lub jego znacznej części w przypadku sigmoidoskopii.

W tym celu używa się kolonoskopu - giętkiego przyrządu przypominającego rurę z elektrycznym źródłem światła i urządzeniem optycznym. Badanie wykonuje się przez odbyt. W celu wykonania endoskopii konieczne jest uprzednie oczyszczenie jelita. Pisemną instrukcję przygotowania do badania pacjent otrzymuje w chwili rejestracji.

Nie można zagwarantować całkowitego braku ryzyka podczas endoskopii takiego jak: zakażenie, krwawienie czy uszkodzenie jelita, jednak komplikacje z nią związane są rzadkie. Endoskop przed badaniem poddawany jest czyszczeniu i dezynfekcji w przeznaczonych do tego dezynfektorach.

Czasami do postawienia pełnego rozpoznania konieczne jest pobranie małego fragmentu tkanki tj. wykonanie biopsji. Ryzyko powikłań biopsji jest również niewielkie.

Badanie kolonoskopowe służy nie tylko diagnostyce, czasami w trakcie jego trwania można też usunąć znalezione w czasie badania polipy. Polip to nieprawidłowa tkanka, która może być zmianą przedrakową. Usuwanie polipów jest więc działaniem zapobiegającym ewentualnemu powstaniu z niego raka. Usuwaniu polipów towarzyszy pewne ryzyko wystąpienia komplikacji, jest ono jednak zdecydowanie mniejsze niż usuwanie ich w trakcie operacji.

Pacjent powinien przed badaniem uprzedzić personel wykonujący badanie o występującej skłonności do przedłużających się lub nadmiernych krwawień oraz o przyjmowaniu leków obniżających krzepnięcie krwi. Prosimy też o uprzedzenie o nosicielstwie wirusów zapalenia wątroby lub HIV.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

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

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

Zgadzam się na wykonanie kolonoskopii / sigmoidoskopii.

Zgadzam się na wykonanie biopsji.

Zgadzam się na wykonanie polipektomii

Podpis lekarza

Data i podpis pacjenta

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA PRZED BADANIEM ENDOSKOPOWYM

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, data: _____

☐ 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