

## ZGODA PACJENTKI/-A NA KOLONOSKOPIĘ

### Oświadczenie lekarza

Stwierdzam, że przedstawiłem/-am pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu pacjenta planowany sposób leczenia zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą medyczną i aktualnym stanem zdrowia pacjenta, poinformowałem/-am o możliwych zagrożeniach związanych z proponowanym przeze mnie leczeniem i ewentualnych powikłaniach, opisanych w części szczegółowej zgody, a także przedstawiłem zgodne z uznaną naukowo wiedzą medyczną alternatywne metody leczenia i związane z nimi zagrożenia oraz powikłania.

### I Część – szczegółowa zgody:

**Wskazania do kolonoskopii:** bóle brzucha, zmiana rytmu oddawania stolca – zaparcia/ biegunka, krwawienie jelitowe, utrata masy ciała, niewyjaśniona niedokrwistość, rozpoznane polipy jelita grubego lub stan po usunięciu polipów, diagnostyka i kontrola po leczeniu zachowawczym i operacyjnym chorób jelita grubego, weryfikacja nieprawidłowych wyników innych badań obrazowych jelita grubego, jako badanie profilaktyczne chorych rodzinie obciążonych chorobami jelita grubego /zapalenie jelita grubego, polipowatość rodzinna, choroby nowotworowe.

### JAK PRZEPROWADZA SIĘ BADANIE?

**Kolonoskopia** to badanie umożliwiające dokładne obejrzenie błony śluzowej całego jelita grubego i jest aktualnie najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić ten fragment przewodu pokarmowego.

Jelito musi być dokładnie wyczyszczone według zaleceń podanych przez lekarza. W przypadku nieodpowiedniego przygotowania jelita kolonoskopia może być niedokładna i niebezpieczna. W trakcie przygotowania jelita zażywane leki mogą być przyjmowane ale należy poinformować lekarza o rodzaju przyjmowanych leków, zwłaszcza takich jak: aspiryna, acard, leki przeciwkrzepliwie, insulina, niesterydowe leki przeciwzapalne. W trakcie badania pacjent leży na boku lub plecach-pozycja może ulec zmianie w celu lepszego uwidocznienia jelita. Badanie polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez odbyt do odbytnicy a następnie pozostałych odcinków jelita grubego. Celem dokładnego obejrzenia błony śluzowej pompowane jest powietrze do jelita powodujące jego rozciągnięcie co może wywoływać uczucie rozpierania, wzdęcia. Mogą wystąpić dolegliwości bólowe związane z uciskiem aparatu na ścianę jelita i pociąganie krezki jelita o czym każdorazowo należy poinformować lekarza badającego. W trakcie badania nie należy wstrzymywać gazów. Utrzymywanie się dolegliwości bólowych mimo czynności zmierzających do jego ustąpienia może być wskazaniem do przerwania badania. Jeżeli w trakcie badania lekarz zauważy podejrzaną zmianę pobiera wycinki do badania histopatologicznego aby określić jej charakter /zmiana nowotworowa, nienowotworowa. Możliwe jest w trakcie kolonoskopii wykonanie różnych zabiegów leczniczych używając specjalnych narzędzi endoskopowych, co niejednokrotnie pozwala uniknąć leczenia operacyjnego:

- usunięcie polipów. Jeżeli polipów jest dużo może być konieczne wykonanie kilku zabiegów endoskopowych, duże polipy niemożliwe do endoskopowego usunięcia lecz się operacyjnie.
- tamowanie krwawień. Miejsca krwawienia zidentyfikowane podczas badania ostrzykuje się środkami obliterującymi, koaguluje lub zakłada się klipsy metalowe na krwawiące naczynia.
- udrażnianie zwężeń nienowotworowych: poprzez mechaniczne poszerzenie miejsca zwężenia, nacięcie miejsca zwężenia w granicach bezpieczeństwa, wprowadzenie protezy udrażniającej.
- udrażnianie zwężeń nowotworowych: niszczenie tkanki nowotworowej sondą argonową, wprowadzenie protezy udrażniającej.

Badanie wykonuje się w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

### OPIS INNYCH DOSTĘPNYCH METOD

Innymi badaniami w pewnym stopniu alternatywnymi są badania radiologiczne z wlewem środka kontrastowego do światła jelita grubego oraz tomografia komputerowa. Są one badaniami uzupełniającymi i nie mogą zastąpić badania endoskopowego. Innym badaniem pozwalającym ocenić światło jelita grubego jest kapsułka endoskopowa, która nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego, ani na przeprowadzenie zabiegów wewnątrz jelita.

### Z JAKIM RYZYKIEM I POWIKŁANIAMI NALEŻY SIĘ LICZYĆ?

Kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym w rękach doświadczonego endoskopisty. Komplikacje są rzadkie jednakże mogą wystąpić. Średnie ryzyko wystąpienia powikłań szacowane jest na 0.35%.

Ryzyko zwiększa się u osób z zaawansowanymi zmianami zapalnymi, uchyłkami, chorobą nowotworową oraz u osób u których wykonuje się jednocześnie zabiegi endoskopowe w jelicie grubym:

- krwawienie – częstość występowania 1-1.5%, w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego,
- perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania poniżej 1%, po kolonoskopii diagnostycznej i do 3% po kolonoskopii z zabiegiem endoskopowym – najczęściej wymaga leczenia operacyjnego,
- mechaniczne uszkodzenie błony śluzowej – częstość występowania poniżej 1%,
- reakcja na podawane leki – częstość występowania poniżej 1%,
- powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego – częstość występowania poniżej 1%.

### OPIS PROGNOZY POOPERACYJNEJ I POWIKŁAŃ ODLEGŁYCH

Po badaniu mogą być odczuwalne wzdęcia, bóle spowodowane wprowadzonym do jelita powietrzem podczas badania. Dolegliwości mijają po oddaniu wiatrów. Po badaniu i ustąpieniu ewentualnych dolegliwości można zjeść posiłek i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po znieczuleniu ogólnym pacjent pozostaje w obserwacji anestezjologicznej (1-2h) i nie może w tym dniu prowadzić pojazdów mechanicznych.

### OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA

*(miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)*

### OPIS MOŻLIWYCH NASTĘPSTW REZYGNACJI Z PROPONOWANEGO BADANIA I LECZENIA

Brak diagnostyki jelita grubego, brak możliwości wdrożenia odpowiedniego przyczynowego leczenia chorób jelita grubego, w przypadku nierozpoznanych i nie leczonych zmian guzowatych, nowotworowych i nienowotworowych możliwość wystąpienia niedrożności przewodu pokarmowego.

Pytania, jakie zadał pacjent:.....

Po przeanalizowaniu stanu zdrowia pacjenta ryzyko zabiegu/badania\*\* oceniam na:

NISKIE       PODWYŻSZONE       WYSOKIE       ZABIEG ZE WSKAZAŃ ŻYCIOWYCH

Dedykowana skala oceny ryzyka zabiegu u pacjenta:

*(wpisać rodzaj skali i stopień ryzyka jeśli występuje)*

Łódź, dnia.....  
*podpis i pieczętka lekarza wykonującego zabieg / badanie wymagające zgody\**

### II Część - część ogólna zgody:

Ja niżej podpisany/a .....  
*imię i nazwisko pacjenta/ przedstawiciela ustawowego własnoręcznie napisane\*\**

urodzony/a dnia ..... W .....

Uzyskałem/-am podaną, w zrozumiałej dla mnie formie, informację dotyczącą rozpoznania wstępnego, wskazań do przeprowadzenia proponowanego zabiegu operacyjnego/terapeutycznego/diagnostycznego\*\*, jego celu, oczekiwanych korzyści i związanego z tym ryzyka, w tym możliwych powikłań w trakcie i po zabiegu operacyjnym/terapeutycznym/diagnostycznym\*\* a także skutków odległych oraz ewentualnych innych, alternatywnych sposobów postępowania  TAK  NIE

Zostałem/-am poinformowany/-a o skutkach odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia czy diagnostyki lub ich opóźnienia.  TAK  NIE

Zostałem/-am poinformowany/-a, że możliwe jest wystąpienie innych, nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań, które mogą wymagać dalszych operacji, badań i leczenia w tym operacyjnego lub być przyczyną znaczącego i trwałego pogorszenia stanu zdrowia a nawet śmierci.  TAK  NIE

Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku zaproponowanego zabiegu  TAK  NIE

MIAŁEM/-AM PYTANIA  NIE MIAŁEM/-AM PYTAŃ dotyczących proponowanego leczenia

Miałem/-am możliwość zadawania pytań, w szczególności dotyczących proponowanego leczenia, na które otrzymałem/-am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.  TAK  NIE

Zgadzam się na wykonanie podczas zabiegu/badania\*\* dokumentacji fotograficznej/video pola operacyjnego przez aparaturę medyczną lub dedykowane do tego celu urządzenia w celach dydaktycznych i naukowych z zastrzeżeniem, że na podstawie tej dokumentacji osoby postronne nie będą mogły ustalić mojej tożsamości.  TAK  NIE

**Oświadczam ponadto, że:**

- 1 Udzieliłem/ -am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.
- 2 Zostałem/-am szczegółowo i w zrozumiały sposób poinformowany/-a o celowości i istocie zabiegu/badania\*\*, znieczuleniu oraz potencjalnych zagrożeniach będących następstwem zabiegu/badania\*\*.
- 3 Uzyskałem/-am i zrozumiałem/-am informacje dotyczące zabiegu/badania\*\*, znieczulenia oraz przygotowania do zabiegu/badania\*\* i stwierdzam, że zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem zabiegu/badania\*\*, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w zabiegu/badania\*\* i zgadzam się na proponowane leczenie.
- 4 Decyzję o wyborze premedykacji – znieczulenia, pozostawiam anestezjologowi i operatorowi lub wykonującemu badanie.
- 5 Zostałem/-am również zapoznany/-a z ewentualnymi powikłaniami mogącymi wystąpić w poszczególnych sposobach i metodach znieczulenia – premedykacji.
- 6 Upoważniam Ordynatora/Kierownika Oddziału/Kierownika dyżuru do ustalenia składu zespołu zabiegowego, a operatora do wyboru sposobu zabiegu, który uzna za najlepszy.
- 7 Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
- 8 Zgadzam się na przeniesienie mnie/ mojego dziecka\*\* do właściwego oddziału stacjonarnego, zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój/ mojego dziecka\*\* stan zdrowia.
- 9 Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/-łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób i operacji.
- 10 Poinformowano mnie o możliwości złożenia w/w oświadczeń za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta.
- 11 Udzielono mi wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej procedury oraz

**Wyrażam świadomą zgodę na zaproponowany zabieg/badanie\*\*.**

**Nie wyrażam zgody na zaproponowany zabieg/badanie\*\*, pomimo poinformowania mnie o możliwych skutkach niepodjęcia leczenia w chwili obecnej oraz o skutkach zwłoki w jego podjęciu.**

Łódź, dnia .....

***czytelny podpis pacjenta\*\*\*/ przedstawiciela ustawowego\*\*\****

**Legenda:**

\* W przypadku gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała. Lekarz ma obowiązek (o ile jest to możliwe) zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

wstaw znak „X” we właściwym miejscu.

\*\*----- - niepotrzebne skreślić linią poziomą.

\*\*\* Jeżeli pacjent ukończył 16 lat a nie ukończył 18 należy uzyskać zgodę kumulatywną (podwójną) tj. od pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku zabiegu operacyjnego, zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku dla zdrowia lub życia małoletniego pacjenta uzasadniona jest zgoda przedstawicieli ustawowych (matka + ojciec).