

## ZGODA NA ENDOULTRASONOGRAFIE – EUS

Endoultrasonografia jest endoskopowym badaniem przewodu pokarmowego połączonym z oceną ultrasonograficzną badanych narządów. Polega ona na wprowadzeniu przez jamę ustną/odbyt endoskopu zaopatrzonego w głowicę ultrasonograficzną i ocenie wybranych struktur przewodu pokarmowego.

Powikłania podczas EUS zdarzają się niezwykle rzadko (0,1%). Wyjątkowo zdarza się przedziurawienie (perforacja) ściany przewodu pokarmowego, krwawienie, działania niepożądane podawanych leków. Powikłania takie mogą wymagać pilnych, dodatkowych zabiegów endoskopowych, leczenia antybiotykami, przetaczania krwi lub leczenia operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, jak ból wieńcowy, zaburzenia rytmu serca, skurcz oskrzeli. Opisywano pojedyncze przypadki zgonów.

W czasie EUS w przypadku istnienia wskazań jest możliwe wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej. Polega ona na pobraniu materiału do badania cytologicznego lub histopatologicznego za pomocą jednorazowej igły biopsyjnej, zwykle wykonuje się 1-6 nakłuć podczas zabiegu.

Powikłania po nakłuciu zmian litych zdarzają się u około 1,2% pacjentów, powikłania po nakłuciu zmian płynowych mogą wystąpić nieco częściej. Najczęściej występujące powikłania to: zakażenie w rejonie nakłucia i/lub ogólnoustrojowe (0-0,6%), krwawienie do światła przewodu pokarmowego (0-0,5%), ostre zapalenie trzustki (0,25-2% nakłuć trzustki), perforacja ściany przewodu pokarmowego (<0,1%). Część powikłań może być poważna, a ich konsekwencją może być konieczność hospitalizacji, badań diagnostycznych, leczenia antybiotykami, transfuzji krwi, leczenia endoskopowego lub operacyjnego. Opisywano pojedyncze przypadki zgonu związanego z powikłaniami biopsji igłowej pod kontrolą EUS.

Aby ograniczyć do minimum ryzyko związane z badaniem i ewentualnym znieczuleniem prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy jest Pan/Pani na czczo	TAK	NIE
2. Czy ma Pan/Pani nieprzymocowane na stałe protezy zębowe	TAK	NIE
3. Czy przyjmuje Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość krwi	TAK	NIE
4. Czy występowały u Pana/Pani objawy uczulenia na jakiegokolwiek środki lecznicze	TAK	NIE

---

## ZGODA NA PROPONOWANĄ PROCEDURĘ MEDYCZNĄ

Zostałem/zostałam poinformowany/a o potrzebie wykonania powyższego badania/zabiegu endoskopowego, zasadach, celowości i sposobie przeprowadzenia oraz ewentualnych następstwach proponowanej procedury diagnostycznej i leczniczej. W przypadku powikłań lub stwierdzenia nowych okoliczności, których nie można było przewidzieć przed zabiegiem, zgadzam się na rozszerzenie zakresu zabiegu zarówno metodami endoskopowymi jak i chirurgicznymi. Miałem możliwość zadania pytań lekarzowi, na które otrzymałem zadowolające odpowiedzi.

Imię i nazwisko: .....PESEL:.....

**Po zapoznaniu się z przedstawioną mi informacją dotyczącą zabiegu wyrażam zgodę na:**

**- wykonanie badania EUS:** .....

**- inne zabiegi:** .....

.....  
Podpis lekarza udzielającego informacji

.....  
Data i podpis pacjenta