

## ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE KOLONOSKOPII

Kolonoskopia jest badaniem wymagającym świadomej zgody pacjenta. W celu ułatwienia podjęcia przez Panią/Pana decyzji w poniższej ulotce zawarte są niezbędne informacje na temat wskazań do badania, jego przebiegu oraz możliwych powikłań. W przypadku jakichkolwiek dodatkowych pytań bądź wątpliwości proszę zwrócić się do lekarza bądź pielęgniarki.

Kolonoskopia jest badaniem endoskopowym umożliwiającym ocenę jelita grubego, wykonywanym za pomocą giętkiego wziernika (kolonoskopu), który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego, który umożliwia oglądanie wnętrza jelita oraz wykonywanie ewentualnych zabiegów takich jak np.: pobranie wycinków lub usunięcie polipa.

W trakcie badania może wystąpić wzdęcie i uczucie parcia wynikające z wprowadzenia powietrza do światła jelita. Może również wystąpić ból spowodowany uciskiem aparatu na ścianę jelita i jest on zależny od indywidualnej wrażliwości na bodźce bólowe. Wystąpienie bólu należy zgłosić lekarzowi.

W razie potrzeby podczas badania pobiera się wycinki ze zmian chorobowych do oceny histopatologicznej. Do tego celu służą sterylne kleszczyki. Pobranie wycinków nie jest bolesne i nie zwiększa w sposób istotny ryzyka powikłań.

Powodzenia badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak niezmiernie rzadko (0,35%). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18%), krwawienie (0,008%), które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tych powodów jest jeszcze rzadsza.

W pewnych przypadkach, np.: zmian naczyniowych (np. angiodyspłazje), krwawienia do przewodu pokarmowego, istnieje konieczność zastosowania dodatkowych metod endoskopowych, np.: koagulacyjnych (plazma argonowa, elektrokoagulacja), mechanicznych (klipsy hemostatyczne), które niosą ze sobą niewielkie ryzyko powikłań.

Dyskomfort utrzymujący się kilka godzin po badaniu nie jest traktowany jako powikłanie.

Po badaniu nie ma przeciwwskazań do spożycia posiłku. Badanie wykonywane jest sprzętem specjalnie dezynfekowanym, wg ogólnie przyjętych zasad oraz sprzętem jednorazowym, co zmniejsza do minimum ryzyko przeniesienia zakażenia w trakcie badania.

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

Czy istnieje u Pana/Pani zwiększona skłonność do krwawień i powstawania sińców nawet po małych urazach?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość krwi?	TAK	NIE
Czy występowały u Pana/Pani objawy uczulenia na jakiegokolwiek środki lecznicze?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani wszczepiony stymulator serca?	TAK	NIE

## Zgoda na proponowaną procedurę medyczną

**Pan/Pani:** ..... **PESEL:** .....

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 zadowalające odpowiedzi.

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

**wykonanie badania endoskopowego jelita grubego, biopsji i innych zabiegów:.....**

**Podpis pacjenta:.....**

Podpis lekarza udzielającego informacji: .....

Warszawa dnia : .....

Pracownia Kolonoskopii  
Mazowiecki Szpital Bródnowski Spółka z o.o.  
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8, Tel.: 22 326 54 61  
Regon: 141983460, NIP: 5242688913  
Kod rej. 000000025125/05/049/7910

## ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE POLIPEKTOMII

Zabieg, który Pani/Panu proponujemy, wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić te decyzje informujemy w tej ulotce oraz w ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego zabiegu.

Doniesienia naukowe oraz wieloletnie obserwacje potwierdzają, że polip jest łagodnym nowotworem, który pozostawiony może zezłościwieć. Zapobiegamy temu przez wykonanie polipektomii, a więc zabiegu wycięcia polipa. Istnieją dwa sposoby przeprowadzenia tej operacji: (1) poprzez przecięcie powłok brzucha (operacja chirurgiczna), bądź (2) z wykorzystaniem endoskopu (endoskopowa resekcja pętlą diatermiczną). Zastosowanie techniki endoskopowej zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań operacyjnych, najczęściej nie wywołuje żadnych dolegliwości bólowych i nie wymaga narkozy. Nie bez znaczenia jest również fakt braku blizny na skórze oraz szybki powrót do normalnej aktywności życiowej po zabiegu. Usunięcie polipa wykonywane jest jednorazowym sprzętem, co zmniejsza do minimum ryzyko zainfekowania chorego.

Po odpowiednim przygotowaniu badanego odcinka przewodu pokarmowego i ocenie możliwości technicznych dokonania zabiegu, zarzuca się pętlę na szypułę polipa i przepala ją, przepuszczając przez pętlę prąd elektryczny. Następnie wyjmuje się polipa i przesyła do oceny mikroskopowej. Możliwe jest również stopniowe odpalanie główki, zwłaszcza większego polipa, technika „kęsowa”. Należy podkreślić, że zabiegi te są niebolesne. W niektórych przypadkach, przy bardzo dużych rozmiarach polipa bądź przy grubej szypule, nie udaje się wykonać polipektomii endoskopowej i trzeba wówczas wyciąć go metodą chirurgiczną.

Powodzenia zabiegu jak również zupełnego bezpieczeństwa nie może zagwarantować żaden lekarz. W trakcie polipektomii może się zdarzyć obfite krwawienie z szypuły polipa, przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego bądź jej termiczne zranienie, które mogą wymagać natychmiastowej operacji. Ryzyko wystąpienia takich powikłań jest mniejsze niż 1%, a śmiertelność niezwykle rzadka. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestetycznych, zanim podejmiemy wspólna decyzję, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

Czy istnieje u Pana/Pani lub u członków rodziny zwiększona skłonność do krwawień i powstawania sińców nawet po małych urazach?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość krwi.	TAK	NIE
Czy występowały u Pana/Pani objawy uczulenia na jakiegokolwiek środki lecznicze.	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani wszczepiony stymulator serca	TAK	NIE

### Zgoda na proponowaną procedurę medyczną

**Pan/Pani:** ..... **PESEL:**.....

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 zadowalające odpowiedzi.

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

**- wykonanie zabiegu (biopsja, polipektomia, inne zabiegi):** .....

**Podpis pacjenta:**.....

Podpis lekarza udzielającego informacji :

Warszawa dnia : .....