

## GASTROSKOPIA

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

**Gastroskopia** - jest badaniem pozwalającym na dokładną ocenę górnego odcinka przewodu pokarmowego [przełyk, żołądek, dwunastnica] za pomocą specjalnego urządzenia zwanego gastroskopem. Końcówka aparatu posiada kamerę, dzięki której obraz przekazywany jest do monitora i pozwala lekarzowi na analizę badanego odcinka. Poza tym gastroskop umożliwia również:

**Pobieranie wycinków** — dokonuje się tego za pomocą kleszczyków biopsyjnych, pobierając nie duże elementy potrzebne do przebadania pod mikroskopem. Zabieg ten ma szczególne znaczenie przy podejrzeniu polipów, wrzodów, nadzerek czy też nowotworów.

**Na wyniki histopatologiczne czekamy około 4-5 tygodni. Wydanie wyników odbywa się od poniedziałku do piątku w godzinach 10:00 – 13:00 w sekretariacie pracowni endoskopii.**

### Przebieg badania

W pierwszej kolejności lekarz lub pielęgniarka znieczuli gardło badanej osobie., następnie wkłada pacjentowi plastikowy ustnik chroniący gastroskop przed przygryzieniem. Pacjent uklada się na lewym boku. Przez jamę ustną lekarz wprowadza do przełyku, żołądka, a następnie do dwunastnicy gastroskop. Moment wprowadzania aparatu jest trochę nieprzyjemny i może powodować lekki odruch wymiotny, jednak w dużej mierze jest to uzależnione od wrażliwości badanej osoby. Najlepszym sposobem by złagodzić to uczucie jest spokojne i miarowe oddychanie. Gastroskopia jest badaniem trwającym krótko i w zależności od wykonywanych procedur inwazyjnych trwa około 10 minut.

### Możliwe powikłania

Gastroskopia i ewentualna biopsja jest badaniem bezpiecznym, jednak jak każdy zabieg inwazyjny, jest związana z ryzykiem wystąpienia powikłań. Wyjątkowo może nastąpić:

- perforacja [przedziurawienie] przełyku, odma i zapalenie śródpiersia,
- perforacja żołądka lub dwunastnicy, zapalenie otrzewnej,
- krwotok z przewodu pokarmowego lub krwotok do jamy otrzewnej,
- omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym,
- chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowego użytku lub sprzętem poddawany każdorazowo sterylizacji, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zakażenia wirusami zapalenia wątroby [m. inn. HBV i HCV] lub innymi wirusami,
- niekiedy wystąpić mogą powikłania, których uniesposób przewidzieć np. reakcja uczuleniowa na lek znieczulający lub środki dezynfekcyjne [od wysypki skórnej, swędzenia po wstrząs anafilaktyczny],
- część z ww. powikłań może wymagać operacyjnego otwarcia jamy brzusznej lub klatki piersiowej, przetoczenia krwi i osocza oraz resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- ponieważ część z tych powikłań jest poważna to mogą się one, wyjątkowo rzadko zakończyć zgonem.

### Aby ograniczyć ryzyko powikłań, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

- Czy stwierdzono u Pani/Pana lub w rodzinie zaburzenia krzepnięcia krwi lub skłonność do przedłużonego, opóźnionego lub obfitego krwawienia po drobnych urazach lub zabiegach medycznych/stomatologicznych.

TAK

NIE

- Czy przyjmował/-a Pan/Pani w ostatnich 10 dniach leki mogące wpływać na krzepnięcie krwi [aspiryna, acenokumarol, wafaryna, clopidogrel, prasugrel, tiklopidyna, heparyna]? Uwaga! Wymienione nazwy to nazwy międzynarodowe leków, które są sprzedawane pod różnymi nazwami handlowymi. Jeżeli nie wie Pani/Pan, czy zażywany lek jest wśród wymienionych — proszę zapytać lekarza.

TAK

NIE

Uwaga: Jeżeli zabieg endoskopowy wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu ogólnym, nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych w tym dniu i konieczna jest opieka drugiej osoby. Po zabiegu endoskopowym bez znieczulenia ogólnego wskazane jest nieprowadzenie pojazdów mechanicznych bezpośrednio po jego wykonaniu.

**ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG ENDOSKOPOWY  
GASTROSKOPIA**

**Nazwisko i imię** ..... **PESEL**.....  
**Data badania** .....

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem /-am się ze szczegółowym opisem zabiegu endoskopowego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia **i zgadzam się na proponowany zabieg endoskopowy.**

*Czytelny podpis pacjenta/opiekuna* .....

Wyrażam zgodę na wykonanie testu urazowego w celu i identyfikacji zakażenia *Helicobacter Pylori*.

*Czytelny podpis pacjenta/opiekuna*.....

Zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie [w tym m.inn. o zabieg pobierania wycinków i zabiegu usunięcia polipów [jeżeli sytuacja by tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.

*Czytelny podpis pacjenta/opiekuna*.....

Zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza o przebiegu znieczulenia i możliwych powikłaniach.

*Czytelny podpis pacjenta/opiekuna*.....

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i zrozumiałem/am je. W związku powyższym, proszę o wykonanie proponowanego badania i ewentualnych zabiegów.

*Czytelny podpis pacjenta/opiekuna*.....

*Pieczęć świadczeniodawcy*

Busko-Zdrój, dnia.....

**Oświadczam, że udzieliłem pacjentowi/pacjentce wyczerpującej informacji odnośnie sposobu wykonania gastrokopii oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku badania.**

*Pieczętka / Podpis lekarza wykonującego badanie* .....