

KOLONOSKOPIA

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.

Kolonoskopia jest badaniem pozwalającym na dokładną ocenę jelita grubego, przez co możliwość pominięcia ewentualnych zmian chorobowych jest w znacznym stopniu wyeliminowana. Jest przeprowadzana za pomocą specjalnego urządzenia zwanego kolonoskopem. Końcówka aparatu posiada mikrokamerę, dzięki której obraz przekazywany jest do monitora i pozwala lekarzowi na analizę badanego odcinka. Poza tym kolonoskop umożliwia również:

- **pobieranie wycinków** — dokonuje się tego za pomocą kleszczyków biopsyjnych, pobierając nieduże elementy potrzebne do przebadania pod mikroskopem. Zabieg ten ma szczególne znaczenie przy podejrzeniu polipów, wrzodów, nadżerek 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.
- **usuwanie polipów** — nieprawidłowych rozrostów ścian jelita grubego. Odbywa się za pomocą specjalnej pętli, którą nakłada się na wystający polip i za pomocą przepuszczonych przez nią prądów diatermicznych lekarz odcina narośl.

Przebieg badania

W pierwszej kolejności lekarz lub pielęgniarka układa pacjenta na lewym boku, a następnie podaje środki uspokajające i przeciw bólowe. Lekarz wprowadza przez odbytnicę pacjenta końcówkę kolonoskopu uprzednio zwilżoną żelem i stopniowo przesuwa ją wzdłuż jelita grubego, kontrolując przez wziernik ruch kolonoskopu w jelicie. Podczas badania konieczne jest wprowadzenie powietrza do światła jelita, co może powodować dyskomfort oraz odczucie wzdęcia. Badanie zwykle bywa mniej lub bardziej bolesne w skutek naciągania kreski jelita przy pokonywaniu oporów podczas przesuwania wziernika. W czasie badania pacjent nie powinien wstrzymywać gazów.

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

- perforacja [przeziurawienie] jelita, zapalenie otrzewnej,
- krwawienie, głównie po pobraniu wycinków lub usuwaniu polipa,
- 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 zarażenia wirusami zapalenia wątroby [m.in. HBV i FICV] lub innymi wirusami,
- niekiedy wystąpić mogą powikłania, których nie sposób 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
KOLONOSKOPIA**

Nazwisko i imię **PESEL**

Data badania

Oświadczam, że:

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

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna

Zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie [w tym m. inn. o zabieg pobierania wycinków i zabieg 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 z 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 kolonoskopii oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku badania.

Pieczętka / Podpis lekarza wykonującego badanie

.....