

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomyszu	SPZOZ/ON/01220/37.8/1
Świadoma zgoda na badanie gastroscopowe	Data: 14.11.2012r. Strona 1 z 1

Ja niżej podpisany(a).....

PESEL.

Nr Ks. Gł.

Oświadczam, że zgadzam się na wykonanie badania gastroscopowego

Opis badania/zabiegu:

Gastroskopia jest badaniem endoskopowym górnego odcinka przewodu pokarmowego. Obejmuje przełyk, żołądek i dwunastnicę. Wykonuje się ją po znieczuleniu miejscowym gardła środkiem znieczulającym w aerozolu. Niekiedy zachodzi potrzeba usunięcia zmian, np.: polipów, co wiąże się z ryzykiem krwawienia lub przedziurawienia ściany narządu i w konsekwencji zabiegu operacyjnego. Do badania pacjent zgłasza się na czczo – ostatni posiłek 6 godzin przed badaniem. Bezpośrednio przed badaniem należy wyjąć protezy zębowe. Bezwzględnie należy poinformować lekarza endoskopistę o przyjmowaniu leków zmniejszających krzepliwość krwi takich, jak: aspiryna, acard, polocard, acenocumarol, sintrom, warfin, heparyny w zastrzykach i inne w celu uniknięcia krwawienia w przypadku konieczności wykonania jakiegokolwiek zabiegu endoskopowego. Inne specjalne zalecenia zostaną przekazane ustnie przez endoskopistę po badaniu.

NIE WOLNO PALIĆ PAPIEROSÓW 6 GODZIN PRZED BADANIEM!!

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z opisem badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w badania i zgadzam się na proponowane badanie gastroscopowe.
- zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie w tym pobieranie wycinków, polipektomie, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.
- konieczność, sposób wykonania badania, zabiegów i możliwość wystąpienia powikłań zostały mi przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały.
- udzielono mi odpowiedzi na moje wątpliwości i moje pytania w sposób dla mnie zrozumiały i wyczerpujący, a podpisanie oświadczenia nastąpiło przed podaniem leków wykluczających zdolność logicznego rozumowania

Podpis pacjenta/tki, opiekuna prawnego / data

Stwierdzam, że pacjent/tka/opiekun zapoznał się z planowanym sposobem badania oraz możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania.

Podpis lekarza wykonującego badanie / data