

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomysłu	SPZOZ/ON/01220/37.7/1
Świadoma zgoda na badanie kolonoskopowe	Data: 14.11.2012r. Strona 1 z 1

1.

2. 02z Ja niżej podpisany(a).....

PESEL.

Nr Ks. Gł.

Oświadczam, że zgadzam się na wykonanie badania kolonoskopowego

Opis badania/zabiegu:

Badanie kolonoskopowe polega na wprowadzeniu przez odbyt giętkiego wziernika zwanego kolonoskopem, obejrzenia całego jelita grubego, i w większości końcowego odcinka jelita krętego włącznie. Przy użyciu dodatkowych instrumentów istnieje możliwość wykonania takich zabiegów, jak pobranie wycinków, usunięcie polipów, czy tamowanie krwawień, co często umożliwia uniknięcia operacji chirurgicznych. Badanie wykonuje się w znieczuleniu dożylnym, w obecności zespołu anestezjologicznego, po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu jelita za pomocą doustnych środków przeczyszczających. Po badaniu można odczuwać wzdęcia i skurczowe bóle brzucha spowodowane obecnością w jelicie powietrza wprowadzonego w trakcie badania celem lepszej oceny jelita. Dolegliwości ustępują po oddaniu gazów. W związku z znieczuleniem dwie godziny po badaniu można jeść i pić, chyba że lekarz zaleci inaczej.

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak rzadko (0,2%). Należą do nich:

- przedziurawienie ściany jelita
- krwawienia, które zwykle wymagają natychmiastowej operacji.

Powikłania częściej występują u osób starszych oraz z uchyłkami jelita grubego.

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 kolonoskopowe.
- 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/teki, 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