

**INFORMACJA DLA PACJENTA O PROPONOWANEJ PROCEDURZE MEDYCZNEJ  
ORAZ OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU SWIADOMEJ ZGODY**

I. Nazwa proponowanej procedury medycznej (zabiegu, badania)

**GASTROSKOPIA**

II. Podstawowe informacje o proponowanej procedurze

Gastroskopia polega na oglądaniu wnętrza górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, żołądka i dwunastnicy) za pomocą elastycznego endoskopu wprowadzonego przez usta. Metoda ta pozwala na pobieranie fragmentów tkanki (biopsji) celem wykonania dodatkowych badań (np. test ureazowy w kierunku infekcji *Helicobacter pylori*, badanie histopatologiczne). Możliwe jest również leczenie niektórych chorób bez konieczności zabiegu chirurgicznego np. podwiązanie żyłaków przełyku, usunięcie polipów, tamowanie krwawień.

Przed gastroskopią, chory nie powinien nic jeść przez co najmniej 6 godzin i nie pić min. 3 godziny. Bezpośrednio przed badaniem należy usunąć wszelkie ruchome protezy zębowe i zdjąć okulary. Badanie poprzedzone jest znieczuleniem gardła roztworem lidokainy, co powoduje zniesienie nieprzyjemnych odruchów. Gastroskopia jest wykonywana w pozycji leżącej na lewym boku. W trakcie całego badania pacjent trzyma w ustach specjalny ustnik, przez który jest wprowadzany endoskop. Kamera na końcu aparatu pozwala oglądać wnętrze oglądanych narządów oraz dokumentować obrazy w postaci zdjęć. Jeżeli zachodzi taka konieczność przez endoskop wprowadzane są specjalne narzędzia w celu pobrania wycinków lub wykonania innych zabiegów (usunięcie polipów, opanowanie miejsca krwawienia). W trakcie całego badania pacjent powinien głęboko spokojnie oddychać powstrzymując się od połykania śliny. Dzięki temu badanie przebiega bezboleśnie, a pacjent odczuwa jedynie uczucie wzdęcia spowodowane powietrzem wdmuchiwanym do żołądka.

Po gastroskopii przez krótki czas może pozostać dyskomfort w gardle, który ustępuje samoistnie. Uczucie wzdęcia spowodowane powietrzem w żołądku również ustępuje w przeciągu kilku godzin. Po ustąpieniu znieczulenia pacjenta może normalnie przyjmować posiłki i wrócić do zwykłej aktywności.

III. Ewentualne inne sposoby postępowania

Innymi metodami pozwalającymi na obrazowanie przełyku, żołądka i dwunastnicy są: badanie radiologiczne z doustnym podaniem środka kontrastowego, tomografia komputerowa oraz badanie przewodu pokarmowego przy pomocy kapsułki endoskopowej. Jednak żadna z wyżej wymienionych procedur nie pozwala na pobranie wycinków do badania histopatologicznego, a także nie jest możliwe wykonanie procedur leczniczych, takich jak w czasie gastroskopii.

IV. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą

Powikłania po gastroskopii zdarzają się wyjątkowo rzadko (ok. 0,08%) i najczęściej ustępują samoistnie nie wymagając żadnego leczenia.

Zaliczamy do nich:

- krwawienie z miejsca pobranych wycinków (0,1%)
- drobne uszkodzenia śluzówki
- perforacja przewodu pokarmowego (mniej niż 0,03%)

Inne powikłania to np.:

- reakcja alergiczna na leki
- objawy kardiologiczne (zaburzenia rytmu serca, bóle wieńcowe)

V. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury

Nieprzeprowadzenie gastroskopii w przypadku wskazań do jej wykonania powoduje brak diagnozy.

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

a tym samym uniemożliwia zastosowanie odpowiedniego leczenia, co może skutkować zagrożeniem zdrowia i/lub życia.

## OŚWIADCZENIA

### I. Oświadczenia pacjenta

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/łam się z informacją o proponowanej procedurze medycznej tj. gastrokopii oraz zostałem/łam poinformowany/na o proponowanym leczeniu przez.....
- 2) zostałem/łam poinformowany/na o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu, a także o alternatywnych metodach leczenia, lekarz wytłumaczył mi wyczerpująco naturę mojej choroby oraz przedstawił cel zabiegu, jak i możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem;
- 3) podczas wywiadu i badania lekarskiego nie zatałem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób;
- 4) miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....  
Data i podpis pacjenta

**Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**

.....  
Data i podpis pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, **że nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej.** Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....  
Data i podpis pacjenta

II. **Oświadczenie lekarza:**

Oświadczam, że przedstawiłem/łam pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną, udzieliłem/tam informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem/łam o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

.....  
Data, podpis i pieczętka lekarza

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....  
.....  
.....

.....  
Data, podpis i pieczętka lekarza

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....