



Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA ENDOSKOPOWEGO- gastroskopii

IMIĘ:

NAZWISKO:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres:.....

Nr księgi zabiegów:.....

Rozpoznanie:

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

Zabieg endoskopowy – gastroskopia polega na wprowadzeniu specjalnego aparatu zwanego endoskopem do górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W przypadku potwierdzenia choroby (np. stwierdzenia zmian zapalnych lub przeszkody – zawężenia, itp.) może zaistnieć konieczność pobrania wycinków do badań histopatologicznych.

Opisane działania uznawane są za względnie bezpieczne jednak u około 0,1% badanych istnieje możliwość wystąpienia powikłań tj. objawów niepożądanych (np. reakcja alergiczna po lekach, przed lub po zabiegu).

Powikłania ciężkie mogące spowodować ryzyko zgonu lub wymagające zabiegu operacyjnego w trybie pilnym są rzadkością i stanowią ułamek procenta wykonywanych zabiegów endoskopowych.

Oświadczenie pacjenta:

***) niepotrzebne skreślić**

Ja niżej podpisany(a) posiadając nieograniczoną zdolność prawną oraz zdolność do czynności prawnych dobrowolnie, nie działając pod wpływem błędu, groźby ani w warunkach wyłączających świadome i swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli oświadczam, co następuje:

- 1) W czasie rozmowy z lekarzem została mi wyjaśniona w sposób przystępny planowany zabieg endoskopowy, jego cele i oczekiwany wynik oraz potencjalne zagrożenia mogące wystąpić w trakcie i wyniku badania zabiegu, jak też konsekwencje odmowy, braku mojej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego. Powyższe informacje zrozumiałem/am.
- 2) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (*) na proponowany zabieg endoskopowy.
- 3) Wyjaśniono mi także, że w czasie przeprowadzania planowanego zabiegu endoskopowego mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają lekarza do modyfikacji metody diagnostycznej, wykonania dodatkowego zabiegu, pobrania wycinków jednak tylko w zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan mojego zdrowia, niezbędnym, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku zabiegu endoskopowego. O fakcie tym zostanę poinformowany(a) po zabiegu.



Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA ENDOSKOPOWEGO- gastrokopii

- 4) Zgadzam się / nie zgadzam się (*) na przeniesienie mnie do właściwego oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia.
- 5) Zgadzam się / nie zgadzam się (*) na proponowane znieczulenie.
- 6) W przypadku badania prowadzonego w znieczuleniu ogólnym przy udziale lekarza anesteziologa zostałem(am) poinformowany(a) o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych i podejmowania ważnych decyzji.
- 7) Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem(am) udzielone mi wyjaśnienia.

Uwagi lekarza:

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

Ewentualne uwagi pacjenta:

.....
.....

Wieliszew, dnia r.

✓

.....

(czytelny podpis pacjenta)

Przedstawiciel ustawowy

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wieliszew, dnia r.

.....

(czytelny podpis)

Wieliszew, dnia r.

.....

(podpis i pieczęć lekarza udzielającego wyjaśnień)