



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- kolonoskopia, sygmoskopia, rektoskopia

IMIE:

NAZWISKO:.....

PESEL:

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

Adres:.....

Nr księgi zabiegów:.....

Rozpoznanie:

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

Zabieg endoskopowy – kolonoskopia polega na wprowadzeniu specjalnego aparatu zwanego endoskopem przez odbytnicę do jelita grubego.

W przypadku potwierdzenia choroby (np. stwierdzenia zmian zapalnych lub przeszkody – zawężenia, polipa, itp.) może zaistnieć konieczność pobrania wycinków do badań histopatologicznych lub polipektomii tj. usunięcia polipa jelita przy pomocy metalowej pętli przez którą przepuszczany jest prąd tnący.

Zarówno diagnostyczna kolonoskopia jak również działania dodatkowe (pobrania wycinków lub polipektomia) uznawane są za względnie bezpieczne jednak u około 0,5% badanych istnieje możliwość wystąpienia powikłań tj. krwawienia lub perforacji lub 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 został mi wyjaśniony 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,



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- kolonoskopia, sygmoskopia, rektoskopia

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 zostaną poinformowany(a) po zabiegu.

- 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)