

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomysłu	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:

Gastroscopia jest badaniem endoskopowym górnego odcinka przewodu pokarmowego. Obejmuje przełyk, żołądek i dwunastnicę. Wykonuje się ją po znieczuleniu miejscowym gardła środkiem znieczulającym w aerozolu przez wprowadzenie endoskopu do przewodu pokarmowego, co wymaga połknięcia przez pacjenta endoskopu. Przeprowadzenie badania możliwe jest tylko przy współpracy pacjenta, który musi połknąć przewód endoskopu. Niekiedy podczas badania 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