



INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

KOLONOSKOPIA

Kolonoskopia należy do badań endoskopowych przewodu pokarmowego. Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, mającym na celu oczyszczenie jelita z resztek pokarmowych - najczęściej za pomocą odpowiedniej diety i doustnych preparatów przeczyszczających, które należy przyjąć zgodnie z zaleceniami lekarza.

W niektórych przypadkach przygotowanie może być wspomagane przez wlewkę doodbytniczą.

OPIS PRZEBIEGU PROPONOWANEJ PROCEDURY MEDYCZNEJ/ZABIEGU

Badanie jest wykonane w pozycji leżącej na lewym boku z przykurczonymi nogami. Podczas badania mogą być przydatne zmiany pozycji badanego – na wznak lub na prawym boku. Bezpośrednio przed przystąpieniem do właściwej procedury lekarz wykonuje badanie per rectum, czyli badanie palpacyjne odbytu i odbytnicy. Właściwe badanie polega na wprowadzeniu przez odbyt giętkiego wziernika (kolonoskopu) i następnie powolnym przesuwaniu instrumentu wewnątrz światła jelita. Badanie wiąże się z uczuciem wzdęcia i parcia, co jest konsekwencją konieczności wprowadzania powietrza do światła jelita oraz kontaktu aparatu ze ścianą jelita. Zastosowanie tej techniki diagnostycznej najczęściej nie powoduje dolegliwości bólowych lub są niewielkie i należy umieć je odróżnić od wyżej wymienionych objawów. W przypadku wystąpienia nagłego bólu w trakcie badania, należy to niezwłocznie zgłosić lekarzowi przeprowadzającemu zabieg. Utrzymywanie się bólu pomimo wykonywania przez lekarza manewrów, zmierzających do jego ustąpienia, może być sygnałem do jego odstąpienia od kontynuowania badania. U niektórych pacjentów wykonanie kolonoskopii może wymagać znieczulenia, które wykonuje się w obecności anestezjologa.

W trakcie zabiegu, w zależności od wskazań, przygotowania i warunków badania możliwe jest przeprowadzenie procedur diagnostycznych i terapeutycznych, do których zalicza się np.: dokładne oglądanie błony śluzowej jelita z zastosowaniem technik wysokiej rozdzielczości, pobieranie wycinków do badania histopatologicznego z miejsc podejrzwanej patologii, usuwanie polipów (polipektomia), tamowanie krwawień, leczenie powikłań radioterapii, poszerzenie i/lub protezowanie zwężeń nienowotworowych i nowotworowych oraz leczenie małych perforacji przy użyciu specjalnych klipsów.

INNE DOSTĘPNE METODY LECZENIA

Innymi metodami służącymi do obrazowania jelita grubego są badania radiologiczne – między innymi badanie kontrastowe przewodu pokarmowego za pomocą wlewu doodbytniczego, tomografia komputerowa z kontrastem, rezonans magnetyczny lub specjalistyczne modyfikacje projekcji tych metod jak np. kolonografia TK, czyli tzw. Wirtualna kolonoskopia (wykonana po doodbytniczym podaniu powietrza lub dwutlenku węgla).

Żadna z wyżej wymienionych metod nie umożliwia jednak pobrania wycinków czy usunięcia zmian patologicznych, co może wiązać się z koniecznością dokonania ponownej oceny jelita w standardowej kolonoskopii.

STANDARDOWE POWIKŁANIA WCZESNE I ODLEGŁE ZWIĄZANE Z PROPONOWANĄ PROCEDURĄ MEDYCZNĄ

Najbardziej niebezpiecznym powikłaniem jest perforacja, czyli przedziurawienie ściany jelita, które zdarza się z częstością 0,17% badań diagnostycznych oraz 0,41% polipektomii. Nieco częściej dochodzi do krwawienia, które w większości przypadków jest łagodne i samoograniczające się lub ustępujące po zastosowaniu technik endoskopowych (klipsowanie, koagulacja argonowa). Groźne mogą być krwawienia późne ujawniające się nawet kilkanaście dni po polipektomii, do których jednak dochodzi bardzo rzadko i po dokładnym przeanalizowaniu przebiegu zabiegu i czynników ryzyka krwawienia, można przewidzieć ich wystąpienie, w celu możliwości zapobiegania i ewentualnego natychmiastowego leczenia.

Dodatkowe powikłania mogą wiązać się z działaniami niepożądanymi leków stosowanych w razie potrzeby podczas zabiegu, jak np. leki rozkurczowe, środki znieczulające oraz preparatu służącego do przygotowania do badania.

OPIS MOŻLIWYCH NASTĘPSTW REZYGNACJI Z PROPONOWANEGO LECZENIA

Nie bez powodu to właśnie kolonoskopia jest badaniem przesiewowym w kierunku raka jelita grubego – jednego z najczęściej występujących nowotworów złośliwych zarówno w Polsce jak i na świecie, obarczanego dużą śmiertelnością. Za pomocą badania endoskopowego jest możliwe wykrycie zmian na wczesnym etapie rozwoju, co w większości przypadków daje szansę na całkowite wyleczenie. W przypadku innych wskazań do badania, jak np. podejrzenie krwawienia z przewodu pokarmowego, rezygnacja z zaproponowanej procedury może wiązać się z ryzykiem zagrożenia życia, wymagającego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w trybie nagłym.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

- Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany (a) przez lekarza o istocie choroby i możliwościach leczenia, oraz w pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu.
- Zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu, którego założenia, cele stopień ryzyka z nim związany, możliwościami powikłań z niego wynikający zostały im przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Zostały mi także przedstawione inne niż proponowany zabieg metody leczenia tej choroby, wyjaśniono także, że w czasie przeprowadzania planowanej procedury mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają lekarza przeprowadzającego zabieg do zmiany planu postępowania w sensie poszerzenia lub ograniczenia zakresu zabiegu, jednak tylko w zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan mojego zdrowia, wynikających z zaawansowania procesu chorobowego stwierdzanego w badaniu. O fakcie tym zostaną poinformowany po zabiegu.
- Zgadzam się / nie zgadzam się (*niepotrzebne skreślić) na dopuszczenia do obserwacji zabiegu wykonywanego na mnie osób szkolących się oraz na dokonywanie dokumentacji fotograficznej i/lub video.
- Zapewniam, iż, przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach i wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.
- W czasie rozmowy z lekarzem uzyskałem(am) odpowiedź na wszystkie zadane przeze mnie pytania, które dotyczyły stanu zdrowia, możliwych do zastosowania w moim przypadku metod leczenia, także zachowawczego, oraz postępowania w okresie pooperacyjnym.

Imię i nazwisko Pacjenta PESEL/Data urodzenia

Skawina, dnia.....
.....
Podpis Pacjenta lub Przedstawiciela Ustawowego

ODMOWA

- Po przeczytaniu i zrozumieniu przeczytanej informacji nie wyrażam zgody na planowany zabieg / leczenie. O wszystkich możliwych ujemnych skutkach wynikających z mojej świadomej decyzji zostałem/am poinformowany/a. W czasie rozmowy mogłem / mogłam postawić wszystkie pytania o rodzaju i znaczeniu planowanego zabiegu / badania i udzielono mi na nie wyczerpujących odpowiedzi.

Imię i nazwisko Pacjenta PESEL/Data urodzenia

Skawina, dnia.....
.....
Podpis Pacjenta lub Przedstawiciela Ustawowego

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że przedstawiłem szczegółowo pacjentowi planowany sposób leczenia oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku zabiegu. Przedstawiłem też Pacjentowi możliwe alternatywne metody leczenia.

Skawina, dnia.....
.....
Pieczętka i podpis Lekarza