

## ULOTKA INFORMACYJNA o panendoskopii

*Badanie które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/a zgody. Aby tę decyzję ułatwić informujemy w tej ulotce oraz w rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu oraz ewentualnych powikłaniach planowanego badania.*

### Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Na podstawie przeprowadzonego do tej pory badania lekarskiego (wywiad i badanie fizykalne) oraz ewentualnie badań dodatkowych (np. rentgenowskich) istnieje u Pani/a podejrzenie choroby w zakresie przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Panendoskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną dla oceny wymienionych części przewodu pokarmowego. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia bakterii *Helicobacter pylori* odpowiedzialnej za nawrotowość wrzodów lub też oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipa lub innych zmian. Ma to zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia. Nie ma obecnie innego badania o jednakowych możliwościach diagnostycznych.

### Przeprowadzenie badania

Badanie jest przeprowadzone zwykle w pozycji leżącej na lewym boku. Przed badaniem należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą lignokainy lekarz zakłada między szczęki plastikowy ustnik (celem ochrony delikatnego instrumentu). Następnie wprowadza do jamy ustnej i gardła fiberoskop średnicy około 1 cm, prosząc jednocześnie o wykonanie ruchu połykowego. Ten moment może być nieprzyjemny i wywołać uczucie duszenia; wymaga współpracy z lekarzem wykonującym badanie. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut, jest tylko nieco nieprzyjemne, ale w zasadzie bezbolesne. Również pobieranie wycinków jest całkowicie bezbolesne. Instrument służący do badania jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem. Z tego powodu zainfekowanie chorego w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi szczypczykami, co również zabezpiecza przed zakażeniem.

### Możliwe powikłania

Powikłania panendoskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo może się zdarzyć przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku w około 0,05% badań). Niekiedy może też dojść do krwawienia, szczególnie po pobraniu wycinków. Powikłania takie zwykle wymagają pilnego leczenia operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki, nawet zatrzymanie akcji serca.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestezjologicznych, zanim podejmiemy wspólną decyzję, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy istnieje u Pani/a zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania sińców przy niewielkich urazach mechanicznych ?  
 TAK  
 NIE
2. Czy występowały u Pani/a objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze ?  
 TAK  
 NIE
3. Czy pobiera Pan/i leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, dikumarol, itp.)  
 TAK  
 NIE
4. Czy przyjmuje Pan/i leki mogące powodować fałszywie ujemne wyniki testu ureazowego, takie jak inhibitory pompy protonowej? Np.: omeprazol, lanzoprazol, pantoprazol  
 TAK  
 NIE

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA**

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałam/em się ze szczegółowym opisem planowanego badania, jego celowości, sposobu przeprowadzenia oraz opisem możliwych typowych i nietypowych następstw i powikłań;
- ✓ zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, w tym: pobieranie wycinków do badania histopatologicznego, usuwanie polipów, termiczne niszczenie zmian chorobowych oraz przeprowadzenie czynności koniecznych do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć przed planowanym zabiegiem
- ✓ w trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego;
- ✓ przed rozpoczęciem leczenia udzieliłam/em pełnych i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przyjmowanych lekach oraz przebytych zabiegach (w tym zabiegach operacyjnych);
- ✓ zostałam/em poinformowana/a o zagrożeniu wynikającym z narażenia na promieniowanie jonizujące [jeśli dotyczy];
- ✓ jestem / nie jestem w ciąży\*\* [jeśli dotyczy];
- ✓ uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania, a informacja przekazana mi przez lekarza jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała;
- ✓ **w okresie ostatnich 6 miesięcy korzystałam/em / nie korzystałam/em\* z :**
  - zabiegów leczniczych
  - rehabilitacyjnych
  - stomatologicznych
  - kosmetycznych
  - fryzjerskich
- ✓ **w okresie ostatnich 6 miesięcy przebywałam/em / nie przebywałam/em\* w szpitalu.**
- ✓ **WYRAŻAM ZGODĘ NA PROPONOWANE BADANIE PANENDOSKOPII**

.....  
*data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

\*\*\*\*\*

**OŚWIADCZENIE O BRAKU ZGODY NA WYKONANIE  
BADANIA**

Po uzyskaniu wyczerpującej informacji oświadczam, że nie wyrażam zgody na przeprowadzenie badania panendoskopii. Zostałam/em poinformowana/y o możliwych skutkach wynikających z mojej odmowy.

.....  
*data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

\*\*\*\*\*

**OŚWIADCZENIE LEKARZA**

Stwierdzam, że pacjentowi przedstawiono cele oraz sposób przeprowadzenia badania panendoskopii oraz poinformowano go o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu przeprowadzonego badania oraz w okresie po badaniu (wczesnym i późnym). Omówiono przebieg badania, korzyści i zagrożenia wynikające z jego przeprowadzenia, a także zagrożenia wynikające z zaniechania zalecanego badania.

Badanie będzie wymagać znieczulenia: dożylnego ogólnego, analgesedacji, miejscowego\*.

.....  
*data, podpis lekarza*

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Dotyczy kobiet. W przypadku kobiet w wieku rozrodczym oświadczenie może zostać złożone wyłącznie po uzyskaniu negatywnego testu ciążowego przeprowadzonego bezpośrednio przed planowanym zabiegiem. Ciąża jest przeciwwskazaniem do zabiegu radiologicznego ze względu na niebezpieczeństwo uszkodzenia rozwoju dziecka, w przypadkach zagrożenia życia można wykonać badanie również u pacjentek w ciąży – podstawa prawna § 27 ust. 1 i 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. 2011 nr 51 poz. 265).

Administrator danych osobowych spełnił obowiązek informacyjny na stronie www w zakładce RODO.