SZANOWNI PACJENCI
UPRZEJMIE INFORMUJEMY ŻE:

1. *W przypadku pacjenta małoletniego lub ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody na wskazaną w niniejszym formularzu procedurę medyczną, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego.*
2. *W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby, jeżeli jednak osoba ta jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie udzielanego świadczenia zdrowotnego, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.*
3. *Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda. Jeżeli mimo ukończenia 16 roku życia pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody należy wypełnić i podpisać odrębny formularz pn. Oświadczenie o braku zdolności do wyrażenia świadomej zgody na wykonywane procedury medyczne.*
4. *Numer PESEL pacjenta wpisuje się jeżeli został nadany. W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL należy wpisać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony.*
5. *Brak podpisu w odpowiednim miejscu będzie traktowany jako niewyrażenie zgody w zakresie opisanym w konkretnym punkcie.*

ZWRACAMY SIĘ Z PROŚBĄ O WYPEŁNIENIE I PODPISANIE NINIEJSZEGO FORMULARZA ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRCEDURĘ MEDYCZNĄ

-KOLONOSKOPIA-

I. Dane pacjenta:

……..
Nazwisko i Imię pacjenta

……
Data urodzenia pacjenta lub PESEL

……
W przypadku posiadania etykiety z ww. danymi, proszę w miejsce wykropkowane wkleić etykietę z danymi pacjenta.

II. Data, pieczątka i podpis lekarza udzielającego informacji o procedurze medycznej:

……

III. Nazwa procedury medycznej: KOLONOSKOPIA

IV. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej:
Kolonoskopia to badanie jelita grubego, które pozwala badającemu obejrzeć wnętrze jelita i ocenić występowanie zmian, np. polipów, zmian zapalnych, guzów. Podczas badania możliwe jest też usunięcie zmian (polipów).

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną:
Istotne powikłania sercowo-naczyniowe związane z przygotowaniem i przyjęciem leków stosowanych do kolonoskopii występują u 0,1–0,2% badanych. Częstość powikłań diagnostycznej

** niepotrzebne skreślić*
*** w przypadku gdy jest wymagane tj. gdy pacjent ukończył 16 lat, jeśli mimo ukończenia 16 roku życia pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody należy wypełnić i podpisać odrębny formularz pn. Oświadczenie o braku zdolności do wyrażenia świadomej zgody na wykonywane procedury medyczne.*

kolonoskopii jest mała. Do przedziurawienia jelita dochodzi w 0,1%-0,2% badań, co czynników ryzyka zalicza się starszy wiek, chorobę uchyłkową, choroby zapalne jelit. W kolonoskopii zabiegowej ryzyko powikłań (np. krwawienia lub przedziurawienia jelita) zależy od lokalizacji zmian i rodzaju zabiegu (większe w przypadku zabiegów w prawej połowie jelita i usuwania zmian o większej średnicy). Rzadkim, ale istotnym powikłaniem kolonoskopii jest uszkodzenie śledziony.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta:

Kolonoskopia jest badaniem obciążającym dla chorego, dlatego nie zawsze można ją wykonać. Przeciwwskazania stanowią: zapalenie otrzewnej, perforacja (czyli przedziurawienie) jelita, ostre zapalenie uchyłków jelita grubego, piorunujące zapalenie jelita grubego. Unika się także wykonywania kolonoskopii u kobiet w ciąży i pacjentów z dużym tętniakiem aorty brzusznej ze skrzepliną.

VII. Oświadczenia pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

Oświadczam, że miałem/am wystarczającą ilość czasu, aby podjąć decyzję. Dokładnie przeczytałem/am wszystkie zawarte w niniejszym formularzu informacje. Miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących ww. procedury medycznej, związanego z tym ryzyka i powikłań. Na zadawane pytania i przedstawione wątpliwości otrzymałem/łam wyczerpującą odpowiedź, którą w pełni zrozumiałe/am i akceptuję. Podczas rozmowy zostałem/am szczegółowo poinformowany/na o możliwych zagrożeniach, ryzyku i powikłaniach związanych z wykonaniem ww. procedury medycznej. Przedstawione mi informacje w pełni zrozumiałem/łam.

Wyrażam świadomie i dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie procedury medycznej: KOLONOSKOPIA

Data i podpis pacjenta** .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

lub

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie kolonoskopii

Data i podpis pacjenta** .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego <u>odmowy</u> wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu/procedury medycznej:

…….

.....

.....

** niepotrzebne skreślić*

*** w przypadku gdy jest wymagane tj. gdy pacjent ukończył 16 lat, jeśli mimo ukończenia 16 roku życia pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody należy wypełnić i podpisać odrębny formularz pn. Oświadczenie o braku zdolności do wyrażenia świadomej zgody na wykonywane procedury medyczne.*

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam żadnych istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, badań oraz przebytych chorób, uczuleń i alergii.

Data i podpis pacjenta** .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Oświadczam, że poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu procedury medycznej, które zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

Data i podpis pacjenta** .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam zgodę, aby pobrany w trakcie wykonywania ww. procedury medycznej materiał ……*(podać rodzaj)* **został poddany badaniom, które zleci lekarz (badania histopatologiczne).**

Data i podpis pacjenta** .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA DOTYCZĄCE ZABIEGU KOLONOSKOPII W ZNIECZULENIU

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwym resztkowym działaniu leków stosowanych przy znieczuleniu, które może utrzymywać się przez wiele godzin po badaniu. Wiem, że przez 24 godziny od chwili jego zakończenia nie wolno mi prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać maszyn ani urządzeń wymagających pełnej sprawności psychofizycznej ani spożywać alkoholu. Oświadczam ponadto, że po wypisie z gabinetu nie będę wracać samodzielnie, lecz zostanę odebrany/a i pozostanę pod opieką dorosłej i odpowiedzialnej osoby, której dane przedstawiam poniżej: ……. *(imię i nazwisko, numer telefonu).* Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie konsekwencje wynikające z nieprzestrzegania powyższych zaleceń obciążają mnie i zwalniam personel medyczny z odpowiedzialności za skutki mojego ewentualnego działania niezgodnego z zaleceniami.

Data i podpis pacjenta** .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

** niepotrzebne skreślić*

*** w przypadku gdy jest wymagane tj. gdy pacjent ukończył 16 lat, jeśli mimo ukończenia 16 roku życia pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody należy wypełnić i podpisać odrębny formularz pn. Oświadczenie o braku zdolności do wyrażenia świadomej zgody na wykonywane procedury medyczne.*