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 kolonoskopii jest mała. Do przedziurawienia jelita dochodzi w <0,1% badań, do 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 gastroskopii

Data i podpis pacjenta** .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....
Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu/procedury medycznej:

.....

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

podpis pacjenta**.....

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

podpis pacjenta**.....

podpis przedstawiciela ustawowego.....

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

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.*