

Panendoskopia / Gastroskopia

Panendoskopia jest badaniem diagnostycznym polegającym na oglądaniu za pomocą giętkiego instrumentu przełyku, żołądka i dwunastnicy. Badanie wykonuje się zwykle w pozycji leżącej na lewym boku. Przed badaniem należy zaprzestać spożywania pokarmów stałych na ok. 7 h oraz płynnych na ok. 4 h, usunąć ewentualne protezy zębowe. Lekarz zakłada między szczęki plastikowy ustnik (celem ochrony instrumentu). Następnie wprowadza do jamy ustnej i gardła instrument o śr. 1 cm, prosząc o jednoczesne wykonanie ruchu polykania. Ten moment może być nieprzyjemny i wywołać uczucie duszenia- wymaga ścisłej współpracy z lekarzem wykonującym badanie. Instrument służący do panendoskopii jest poddany kilkustopniowemu procesowi czyszczenia i dezynfekcji wysokiego stopnia przed każdym badaniem, dlatego też zainfekowanie jest ograniczone do minimum. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej. Służą do tego sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak niezmiernie rzadko (0,05%). Należą do nich przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku), krwawienie lub reakcja na znieczulenie. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia, przedziurawienia ściany przewodu pokarmowego oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestetycznych prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

	Zaznaczyć właściwą odpowiedź:	Tak	Nie
1.	Czy istnieje u Pani / Pana zwiększona skłonność do krwawień?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy występują w rodzinie choroby krwi, zaburzenia krzepnięcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy pobiera Pani / Pan leki wpływające na krzepliwość krwi? (XARELTO, PRADAXA, ACENOKUMAROL, WARFIN, ACARD, POLOCARD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Świadoma zgoda na badanie panendoskopii / gastroskopii

Nazwisko i imię pacjenta.....

Pesel

Stwierdzam że przedstawiłem pacjentowi / pacjentce planowany sposób badania oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania

Podpis lekarza wykonującego badanie

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam że :

- Zapoznałem się ze szczegółowym opisem badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem , oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w badanie panendoskopii / gastroskopii
- Zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie, jeżeli sytuacja by tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej
- Stwierdzam że uzyskałem /am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego badania i ewentualnych zabiegów

Podpis pacjenta / pacjentki / opiekuna

Świętochłowice dnia

Oświadczam że

1. Upoważniam / nie upoważniam

.....
Imię nazwisko data urodzenia osoby wskazanej, adres i telefon

- a) Do otrzymania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych
b) Do uzyskania mojej dokumentacji

2. Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2009r. prawach pacjenta i rzecznika Praw Pacjenta.

.....
Data i podpis pacjenta

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010r w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252. Poz. 1697).