

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp.	
Świadoma zgoda na badanie gastroskopowe	

Ja niżej podpisany(a).....

Pesel.....

Oświadczam, że zgadzam się na wykonanie badania gastroskopowego

Opis badania/zabiegu:

Gastroskopia jest badaniem endoskopowym górnego odcinka przewodu pokarmowego. Obejmuje przełyk, żołądek i dwunastnicę. Wykonuje się ją po znieczuleniu miejscowym gardła środkiem znieczulającym w żelu. Niekiedy zachodzi potrzeba usunięcia zmian, np. polipów, co wiąże się z ryzykiem krwawienia lub przedziurawienia ściany narządu i konsekwencji zabiegu operacyjnego. Do badania pacjent zgłasza się na czczo – ostatni posiłek 6 godzin przed badaniem. Bezpośrednio przed badaniem należy wyjąć protezy zębowe. Bezwzględnie należy poinformować lekarza endoskopistę o przyjmowaniu leków zmniejszających krzepliwość krwi takich jak: aspiryna, acard, polocard, acenocumarol, sintrom, warfin, heparyny w zastrzykach i inne w celu uniknięcia krwawienia. W przypadku konieczności wykonania jakiegokolwiek zabiegu endoskopowego inne specjalne zalecenia zostaną przekazane ustnie przez endoskopistę po badaniu.

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z opisem badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w badania i zgadzam się na proponowanie badanie gastroskopowe
- zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie, w tym pobieranie wycinków, polipektomię, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej
- konieczność, sposób wykonania badania, zabiegów i możliwość wystąpienia powikłań zostały przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały
- udzielono mi odpowiedzi na moje wątpliwości i moje pytania w sposób dla mnie zrozumiały i wyczerpujący, a podpisanie oświadczenia nastąpiło przed podaniem leków wykluczających zdolność logicznego rozumowania

Podpis pacjenta/pacjentki, opiekuna prawnego / data.....

Stwierdzam, że pacjent/ka/opiekun zapoznał się z planowanym sposobem badania oraz możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania.

Podpis lekarza wykonującego badanie / data.....