

# ZGODA NA PANENDOSKOPIĘ (GASTROSKOPIĘ)



Badanie, które Pani/ Panu proponujemy wymaga Pani/ Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję, informujemy Panią/ Pana o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

Panendoskopia czyli endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego, pozwala na obejrzenie przełyku, żołądka i dwunastnicy. Jest najskuteczniejszą metodą oceniającą tę część przewodu pokarmowego. W trakcie badania istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori* lub pobrania wycinków do badania histopatologicznego w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipów lub innych zmian.

## Jak przeprowadza się badanie

Co najmniej 6 godzin przed badaniem nie powinno się jeść ani pić. Przed wykonaniem badania należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Znieczulenie miejscowe gardła polega na spryskaniu lignokainą w aerozolu tylnej ściany gardła. Badanie przeprowadzane jest w pozycji leżącej na lewym boku. Po założeniu plastikowego ustnika, lekarz wprowadza giętki fiberoskop średnicy około 1 cm. Moment ten jest nieprzyjemny, daje uczucie dławienia, wymaga współpracy pacjenta z lekarzem. Dalsze oglądanie trwa zwykle kilka minut, jest bezbolesne, podobnie jak pobieranie wycinków. Każdy instrument po badaniu jest dezynfekowany, a szczypczyki służące do pobierania wycinków sterylizowane, co zabezpiecza przed zakażeniem.

## Możliwe powikłania

Powikłania panendoskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Jednak absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo rzadko może dojść do przedziurawienia ściany przewodu pokarmowego lub krwawienia – ryzyko tego typu powikłań ocenia się na 0,007%. Rzadko dochodzi do powikłań ze strony układu sercowo – naczyniowego i oddechowego u osób z przewlekłymi schorzeniami tych narządów.

Aby ograniczyć ryzyko związane z proponowanym badaniem prosimy o odpowiedź na następujące pytania (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Czy istnieje u Pani/ Pana zwiększona skłonność do krwawień?   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Czy występowały u Pani/Pana uczulenia na środki lecznicze lub znieczulające?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Czy pobiera Pani/ Pan leki wpływające na krzepliwość krwi?<br>(np. Aspirynę, Polopirynę, Ticlopidynę, Acenocumarol, Kłopidogrel, Warfarynę, itp.) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Czy pobiera Pani/Pan leki na żołądek lub refluks (zgaęgę)?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Czy w ciągu ostatniego miesiąca pobierała Pani/Pan antybiotyki?   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 6. Czy miała Pani/Pan operacje przełyku, żołądka, dwunastnicy?   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 7. Czy ma Pani/Pan sztuczne wyjmowane elementy uzębienia?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

## Postępowanie po badaniu

2 godziny po badaniu nie należy jeść ani pić, aby uniknąć zachłyśnięcia. Prosimy pytać, jeśli coś jest dla Pani/Pana niejasne.

## Oświadczenie pacjenta

Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego badania oraz na ewentualne pobranie wycinków.

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Pesel)

.....  
(Data i podpis)

