

# ZGODA NA SIGMOIDOSKOPIĘ



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

Sigmoidoskopia daje możliwość endoskopowej oceny jelita grubego w zakresie odbytnicy i esicy czyli końcowego odcinka jelita grubego. Badanie to wykonuje zazwyczaj przy podejrzeniu żylaków odbytu, zapalenia jelita grubego. Badanie wykonywane jest za pomocą giętkiego aparatu. W trakcie badania, w przypadku stwierdzenia zmian chorobowych, istnieje możliwość pobrania wycinków oraz usunięcia drobnych, kilkumilimetrowych polipów.

## Jak przeprowadza się badanie

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu jelita za pomocą doodbytniczych środków przeczyszczających. W czasie sigmoidoskopii pacjent leży na boku, aparat wprowadza się przez odbyt. W czasie badania podaje się powietrze do światła jelita, aby lepiej uwidocznić jego ścianę. Może to być powodem uczucia wzdęcia, dyskomfortu. Pobieranie wycinków i usuwanie drobnych polipów jest bezbolesne. Każdy instrument po badaniu jest dezynfekowany, a szczypcy służące do pobierania wycinków są sterylizowane, co zabezpiecza przed zakażeniem.

## Możliwe powikłania

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak rzadko (0,2%). Należą do nich przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,1%), krwawienie (0,008%), które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Powikłania częściej występują u osób starszych oraz z uchyłkami jelita grubego.

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?  TAK  NIE
2. Czy pobiera Pani/ Pan leki wpływające na krzepliwość krwi?  TAK  NIE  
(np. Aspirynę, Polopiryne, Ticlopidynę, Acenocumarol, Kłopidogrel, Warfarynę, itp.)
3. Jeśli były przyjmowane leki wpływające na krzepliwość krwi, kiedy zostały odstawione? .....
4. Czy ma Pani/Pan wszcz piony stymulator serca lub kardiowerter?  TAK  NIE
5. Kobiety w wieku rozrodczym – czy może Pani być w ciąży?  TAK  NIE

## Postępowanie po badaniu

W przypadku wystąpienia po badaniu niejasnych objawów (utrzymujących się bólów brzucha, krwawienia) należy zgłosić je pielęgniarsce lub lekarzowi. Prosimy pytać, jeśli coś jest dla Pani/ Pana niejasne.

## Oświadczenie pacjenta

Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego badania, jak również na ewentualnie pobranie wycinków lub usunięcie drobnych polipów.

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Pesel)

.....  
(Data i podpis)

