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
-GASTROSKOPIA-

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: GASTROSKOPIA

IV. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej:

Endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (inaczej: panendoskopia lub gastroskopia) to badanie polegające na wprowadzeniu do żołądka endoskopu, czyli cienkiego giętkiego narzędzia, za pomocą którego lekarz może obejrzeć górny odcinek przewodu pokarmowego, pobrać wycinki do badania, a także w razie konieczności zastosować leczenie (np. zatamować krwawienie)

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną:

Powikłania gastroskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Jednakże, tak jak każe badanie inwazyjne, nie jest ona w 100% bezpieczna. Niekiedy może dojść do krwawienia, np. po pobraniu wycinków. Wyjątkowo może się zdarzyć przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku - w około 0,05% badań). Powikłania takie mogą wymagać pilnego leczenia operacyjnego. Częstość występowania powikłań zwiększa się, gdy podczas gastroskopii wykonuje się zabiegi terapeutyczne, takie jak poszerzanie przełyku, usuwanie polipów żołądka itp.
Bardzo rzadko może dojść do zaostrzenia objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak choroba wieńcowa, astma lub padaczka.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta:

Przeciwwskazaniem do gastroskopii są ciężkie choroby, które sprawiają, że ryzyko wykonania badania przewyższa wynikające z niego korzyści. Do chorób takich zalicza się ciężką niewydolność serca lub oddechową, ostry zespół wieńcowy i zawał serca, a także niewyrównane zaburzenia krzepnięcia krwi

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:
GASTROSKOPIA

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.

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.*