



Imię i nazwisko Pacjenta:.....  
PESEL/Data urodzenia:.....  
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

..... Identyfikator Pacjenta ..... (naklejka)
--

**I. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu**

**Gastroskopia diagnostyczna i zabiegowa.**

**I. Wskazania do wykonania gastroskopii**

Wskazania do gastroskopii diagnostycznej: zaburzenia połykania, wymioty, bóle brzucha przy podejrzeniu choroby wrzodowej lub nowotworowej, podejrzenie uszkodzeń polekowych błony śluzowej przełyku, żołądka, dwunastnicy, anemia, krwawienie do przewodu pokarmowego, kontrola wyników leczenia zachowawczego i operacyjnego, badanie kontrolne u chorych ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu, inne uznane za istotne przez lekarza prowadzącego. Wskazania do gastroskopii zabiegowej: usuwanie ciał obcych, leczenie żylaków przełyku, udrażnianie zwężeń, usuwanie zmian patologicznych/polipów, niektórych zmian nowotworowych.

**III. Opis przebiegu proponowanego badania**

Przygotowanie rozpoczyna się w dniu zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia płynów. Gastroskopia jest badaniem pozwalającym lekarzowi na bezpośrednie oglądanie śluzówki przełyku żołądka, odźwiernika i dwunastnicy. Badanie przeprowadza się przy użyciu endoskopu, elastycznej rurki z torami wizyjnymi pozwalającymi na przedstawienie obrazu z wnętrza przewodu pokarmowego na monitorze. Badanie wykonywane jest po uprzednim znieczuleniu gardła 10% lignocainą w aerozolu, zazwyczaj w pozycji leżącej na lewym boku i polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez usta do przełyku, a następnie do żołądka i dwunastnicy. Podczas badania pompowane jest powietrze do przewodu pokarmowego celem jego rozprężenia i lepszego uwidocznienia. Badanie pozwala na dokładną ocenę błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego, widoczne są zmiany chorobowe błony śluzowej. Podczas badania ocenia się również elastyczność oraz ruchomość ścian przełyku, żołądka i dwunastnicy, fałdy, widoczność naczyń krwionośnych, czynność perystaltyczną, zwraca się uwagę na rodzaj i ilość treści płynnej. Zaletą endoskopu jest możliwość w trakcie jednego zabiegu oceny stanu śluzówki, jak i pobrania do dalszego badania histopatologicznego niewielkiego wycinka tkanki budzącej podejrzenie zmian chorobowych.



## VIII. Oświadczenie Pacjenta

1) Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem/łam\* informacje w nim zawarte oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* przez:

.....  
o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, w tym o opisanym powyżej zabiegu gastrokopii, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, spodziewanym wyniku leczenia, rokowaniu oraz możliwych powikłaniach, prawdopodobieństwie ich wystąpienia oraz konsekwencjach jakie mogą się z nimi wiązać.

2) Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej diagnostyki i leczenia, w tym opisanego powyżej zabiegu gastrokopii oraz otrzymałem/łam\* na nie wyczerpujące i w pełni dla mnie zrozumiałe odpowiedzi. Wyjaśnienia lekarza zrozumiałem/łam\* i nie mam więcej pytań.

3) Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zatałem/łam\* istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań, przebytych chorób a także przyjmowanych leków oraz nadwrażliwości na substancje wchodzące w skład leków jakie mogą zostać mi podane w związku z proponowaną diagnostyką i leczeniem, w tym opisanym powyżej zabiegiem gastrokopii.

### WYRAŻENIE ZGODY

4) **Wyrażam** dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie u mnie/mojego dziecka/osoby pozostającej pod moją opieką\* opisanego powyżej zabiegu gastrokopii wraz z biopsją i/lub testem ureazowym i/lub polipektomią, jeżeli zaistnieje taka konieczność

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Data, godzina i podpis pacjenta/przedstawiciela  
ustawowego\* oraz pacjenta, który ukończył 16 lat

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza

### BRAK ZGODY

6) **Nie wyrażam** zgody na przeprowadzenie u mnie/mojego dziecka/osoby pozostającej pod moją opieką\* opisanego powyżej zabiegu gastrokopii. Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

i życia/zdrowia i życia mojego dziecka/osoby pozostającej pod moją opieką\*

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Data, godzina i podpis pacjenta/przedstawiciela  
ustawowego\* oraz pacjenta, który ukończył 16 lat

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza