

**INFORMACJA DLA PACJENTA  
ORAZ  
FORMULARZ ŚWIADOMEJ, DOBROWOLNEJ, PISEMNEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE  
BADANIA/ZABIEGU GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO**

**1. Nazwa badania/zabiegu:** esophagoskopia, gastroskopia, polipektomia endoskopowa, gastroskopia + ESD (endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa), EUS (ultrasonografia endoskopowa)

.....  
(*właściwie podkreślić lub dopisać*)

**2. Nazwisko, imię pacjenta** .....

**3. Numer historii choroby:** .....

**4. Data urodzenia:** .....

*(punkty 1 - 4 oraz imię, nazwisko i nr PESEL na każdej stronie wypełnia pacjent)*

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego(gdy został on ustanowiony lub w przypadku osób niepełnoletnich): .....

**5. Rodzaj schorzenia i wskazania do badania/zabiegu endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego:**

na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/a:

.....  
istnieje u Pani/a podejrzenie:

.....  
Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani/a wskazania do badania endoskopowego.

Zaproponowane Państwu badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego ma na celu wyjaśnienie przyczyny Państwa dolegliwości, co tym samym zwiększy szansę na skuteczną terapię. Badanie, które proponujemy wymaga Państwa dobrowolnej, świadomej, pisemnej zgody. Aby ułatwić Państwu decyzję o wykonaniu badania endoskopowego, informujemy w niniejszym formularzu oraz w rozmowie wyjaśniającej o tym, jak należy przygotować się do badania, jaki jest jego przebieg oraz o związanym z tym badaniem ryzykiem powikłań.

**6. Co to jest endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego?**

Endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego zwana gastroskopią lub EGD (ezofagogastroduodenoskopia) jest to badanie, które umożliwia lekarzowi ocenę śluzówki przełyku, żołądka i dwunastnicy. Badanie wykonywane jest przy pomocy panendoskopu popularnie zwanego gastroskopem, czyli giętkiego instrumentu grubości małego palca, wprowadzanego do żołądka przez usta. Aparaty są dezynfekowane przed każdym badaniem w automatycznych myjniach - dezynfektorach, natomiast wszystkie narzędzia endoskopowe służące do badań diagnostycznych oraz zabiegów terapeutycznych są sterylne. Zastosowanie takich procedur higienicznych stanowi istotne zabezpieczenie pacjenta przed możliwością zakażenia w trakcie badania.

**7. W jakim celu wykonuje się badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego?**

Gastroskopię wykonuje się w przypadku występowania takich objawów jak: przedłużający się ból górnej części jamy brzusznej, nudności, wymioty, zaburzenia połykania lub zgaga. Panendoskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną oceniającą wszystkie części górnego odcinka przewodu pokarmowego, bardziej czułą niż kapsułka endoskopowa czy Rtg, w przypadku zapalenia, wrzodów, guzów przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Dodatkowo, w razie potrzeby, istnieje możliwość pobrania małych wycinków, celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiedzialnej za

nawrotowość wrzodów lub też oceny mikroskopowej, w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipa, lub innych zmian, co ma zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia. Biopsję wykonuje się specjalnym, sterylnym instrumentem wprowadzanym przez gastroskop (pacjent w trakcie pobierania nie odczuwa bólu), natomiast pobrane próbki tkanki są przesyłane do badania histopatologicznego. Podczas endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego można również wykonać wiele zabiegów terapeutycznych takich jak: protezowanie przełyku, poszerzanie zwężeń przewodu pokarmowego, polipektomia endoskopowa – usuwanie polipów w przewodzie pokarmowym metodą endoskopową, usuwanie połączonych ciał obcych, tamowanie krwawień lub usuwanie wczesnych zmian nowotworowych z przełyku oraz żołądka, w ramach procedury endoskopowej dyssekcji (usunięcie) podśluzówkowej (ang. ESD). Zabieg ten odbywa się u pacjentów hospitalizowanych i polega na wprowadzeniu do żołądka endoskopu (gastroskop), a następnie, po ocenie guza, wycięciu go nożem endoskopowym wraz z marginesem zdrowej śluzówki.

W czasie endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego możliwe jest również przeprowadzenie gastroskopii ultrasonograficznej – EUS, czyli badania łączącego „klasyczną” gastroscopię i ultrasonografię, wykonywanego przy pomocy endoskopu, na końcu którego znajduje się głowica USG. Ultradźwięki, wykorzystywane w badaniu USG pozwalają badać sąsiadujące z przełykiem, żołądkiem lub dwunastnicą struktury. Podczas badania EUS możemy wykonać, za pomocą specjalnej igły biopsje (pobrać materiał do badania pod mikroskopem), ocenić wielkość i dokładne położenie zmiany chorobowej, a tym samym potwierdzić charakter choroby.

## 8. Przygotowanie do badania:

Przed badaniem żołądek powinien być całkowicie opróżniony. Pacjent powinien nie pić i nie jeść około 6 - 8 godzin przed badaniem. Osoby z chorobami wymagającymi stałego, regularnego przyjmowania leków (np. nadciśnienie tętnicze, choroby serca, padaczka i inne), w dniu badania powinny zażyć poranną dawkę leku popijając niewielką ilością niegazowanej wody. Osoby chorujące na cukrzycę, powinny skonsultować z lekarzem kierującym sposób przygotowania do badania oraz poinformować o cukrzycy pracowników sekretariatu naszego ośrodka. Osoby przyjmujące leki obniżające krzepliwość krwi (np. Acard, Bestpirin, Polopiryna, Plavix, Acenocumarol, Sintrom, Warfaryna, Syncumar, Pradaxa, Eliquis i inne) powinny o tym poinformować lekarza wykonującego badanie, jak również powinny dokładnie znać nazwy i dawki przyjmowanych leków lub posiadać ich spis. Prosimy o przyniesienie i pokazanie lekarzowi przed badaniem posiadanej dokumentacji medycznej np. kart wypisowych z leczenia szpitalnego, opisów poprzednio wykonanych badań endoskopowych itp. Osoby wymagające okularów do czytania proszone są o zabranie ich ze sobą. Jeżeli badanie zostanie wykonane w znieczuleniu ogólnym, pacjent pozostanie na obserwacji przez około 2 godzin, po tym czasie może udać się do domu pod opieką osoby towarzyszącej. Obowiązuje 12-godzinny bezwzględny zakaz prowadzenia pojazdów i maszyn mechanicznych, podejmowania decyzji o charakterze prawnym oraz picia alkoholu. W bardzo rzadkich przypadkach może zaistnieć konieczność dłuższej obserwacji w oddziale szpitalnym. Prosimy uwzględnić to w swoich planach. Wyznaczona godzina badania może ulec przesunięciu, ponieważ czas trwania zabiegów jest trudny do przewidzenia.

## 9. Czego można spodziewać się podczas badania/zabiegu górnego odcinka przewodu pokarmowego?

Badanie jest zwykle przeprowadzane w pozycji leżącej na lewym boku. Wcześniej należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Przed zabiegiem znieczula się gardło za pomocą Lignocainy w aerozolu, co zwiększa komfort badania. Następnie zakładany jest między szczęki plastikowy ustnik (dla ochrony delikatnego instrumentu), po czym lekarz wprowadza do jamy ustnej i gardła endoskop o średnicy mniejszej niż 1cm, prosząc jednocześnie o wykonanie ruchu połykowego. Moment ten może być nieprzyjemny i dawać uczucie duszenia (gastroskop nie przeszkadza w oddychaniu) oraz wymaga współpracy pacjenta z lekarzem wykonującym badanie. Podczas endoskopii do żołądka wdmuchiwane jest powietrze, które pozwala lepiej uwidocznić badaną okolicę. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut i jest w niewielkim stopniu nieprzyjemne, bezbolesne, podobnie, jak pobieranie wycinków (większość pacjentów podczas badania odczuwa jedynie lekki dyskomfort). Instrument służący do badania jest każdorazowo poddawany specjalnej obróbce maszynowej (dezynfekcja wysokiego poziomu), z użyciem wysokiej temperatury

i odpowiednich środków dezynfekcyjnych. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi szczypcami, co również zabezpiecza przed zakażeniem.

## 10. Możliwe powikłania

Powikłania związane z badaniami endoskopowymi górnego odcinka przewodu pokarmowego zdarzają się niezwykle rzadko, niemniej jednak pełnego powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo może dojść do: krwawienia z miejsca biopsji lub po polipektomii oraz perforacji ściany przewodu pokarmowego (około 0,05% badań). Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki czy zatrzymanie akcji serca. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie możliwych powikłań i kontakt z lekarzem, jeżeli po badaniu występują: ból w klatce piersiowej, narastający ból gardła, ostry ból brzucha, gorączka, dreszcze lub masywne krwawienie z odbytu. W przypadku inwazyjnych procedur zabiegowych takich jak ESD, protezowanie przetyku lub poszerzanie zwężeń nowotworowych przetyku balonem, mogą wystąpić: perforacja lub krwawienie. Częstotliwość występowania tego typu powikłań, uzależniona od sytuacji klinicznej i stopnia zaawansowania choroby; może wynosić od 5% do 25%.

## 11. Postępowanie po badaniu

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła nie wolno przez około 1 godziny po badaniu przyjmować płynów i posiłków, by uniknąć zakrztuszenia bądź zadławienia. W przypadku znieczulenia ogólnego nie wolno przez 12 godzin prowadzić pojazdów i maszyn mechanicznych oraz spożywać alkoholu (w związku z podaniem środków znieczulających). Proszę także informować swojego lekarza, jeśli w ciągu kilku godzin po badaniu będziecie Państwo odczuwać silne bóle jamy brzusznej lub obserwować wystąpienie innych, niejasnych dla Pani/Pana objawów. Jeżeli badanie zostanie wykonane w znieczuleniu ogólnym, pacjent pozostanie na obserwacji przez około 2 godz.; po tym czasie może udać się do domu pod opieką osoby towarzyszącej. Obowiązuje 12-godzinny, bezwzględny zakaz prowadzenia pojazdów i maszyn mechanicznych, podejmowania decyzji o charakterze prawnym oraz picia alkoholu. W bardzo rzadkich przypadkach może zaistnieć konieczność dłuższej obserwacji w oddziale szpitalnym. Prosimy uwzględnić to w swoich planach.

## 12. Alternatywne sposoby postępowania

Badanie radiologiczne przewodu pokarmowego.

## 13. Informacja o skutkach odmowy lub niepodjęcia proponowanego leczenia:

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani/a wskazania do wykonania badania górnego odcinka przewodu pokarmowego. Konsekwencją nie wyrażenia zgody na przeprowadzenie procedury, będzie brak możliwości postawienia diagnozy, oceny zaawansowania klinicznego choroby, prognozowania przebiegu choroby, oceny progresji i regresji choroby. Odmowna decyzja Państwa może skutkować niepodjęciem właściwego leczenia, zagrożeniem zdrowia i życia włącznie ze zgonem.

## 14. Rozmowa z lekarzem

Prosimy, aby Pan/i zapytał nas o wszystko, co chciałby Pan/i wiedzieć w związku z planowanym badaniem/zabiegiem. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani/a pytania.

a). Zastrzeżenia pacjentki/pacjenta, co do proponowanego badania/zabiegu - prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....  
.....

b). Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....  
.....

## 15. Oświadczenie pacjenta

W pełni zrozumiałam/łem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący oraz **otrzymałam/łem materiały edukacyjne.**

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem, spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, wyników badania górnego odcinka przewodu pokarmowego, rokowania, ewentualnego leczenia pooperacyjnego. Przyjmuję do wiadomości, że cel badania/zabiegu może nie zostać osiągnięty. Znane mi są możliwe powikłania związane z badaniem górnego odcinka przewodu pokarmowego.

**Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego badania/zabiegu endoskopowego:** esophagoscopia, gastroscopia, polipektomia endoskopowa, gastroscopia + ESD (endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa), EUS (ultrasonografia endoskopowa)

.....  
(*właściwie podkreślić lub dopisać*)

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie jego przeprowadzania, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Oświadczam również, że podczas wywiadu lekarskiego i badania, nie zataiłam/łem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób, uzależnień, przyjmowanych leków i substancji psychoaktywnych, w tym terapii alternatywnych.

Kielce, dnia .....

*Podpis pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego)*

Potwierdzam, że pacjent/ka został/a poinformowany/a o planowanym badaniu/zabiegu, technice jego wykonania i powikłaniach mogących powstać po badaniu/zabiegu.

Potwierdzam, że pacjent/ka został/a poinformowany/a o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach badań dodatkowych, leczeniu i rokowaniu. Uzyskał/a odpowiedź na wszystkie zadane pytania.

Kielce, dnia .....

*Podpis i pieczęć lekarza*

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ODMOWY.**

**Nie zgadzam się** na proponowane mi badanie/zabieg endoskopowy: esophagoskopia, gastroskopia, polipektomia endoskopowa, gastroskopia + ESD (endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa), EUS (ultrasonografia endoskopowa)

.....  
*(właściwie podkreślić lub dopisać)*

Zostałem poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego stanu zdrowia i życia.

Kielce, dnia .....

*Podpis pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego)*

Potwierdzam, że pacjent/ka został/a poinformowany/a o planowanym badaniu/zabiegu, technice jego wykonania i powikłaniach mogących powstać po badaniu/zabiegu.

Potwierdzam, że pacjent/ka został/a poinformowany/a o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach badań dodatkowych, leczeniu i rokowaniu. Uzyskał/a odpowiedź na wszystkie zadane pytania.

Kielce, dnia .....

*Podpis i pieczęć lekarza*

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu: .....

.....  
.....

Kielce, dnia .....

*Podpis i pieczęć lekarza*