

Informacje o osobie (pacjencie), która ma być poddana badaniu endoskopowemu

NAZWISKO IMIĘ

data urodzenia: nr historii choroby:(wpisuje lekarz)

Czy pacjent był szczepiony w ciągu ostatnich 12 miesięcy*?

..... tak / nie / nie wiem

Czy pacjent był kiedyś operowany lub miał wykonywane badanie endoskopowe*?

..... tak / nie / nie wiem

Dlaczego*? wiem / nie wiem

Czy pacjent dobrze zniósł znieczulenie*? Jeżeli nie, to dlaczego? Jakie objawy wystąpiły?

..... tak / nie /nie wiem

Czy u bliskich krewnych pacjenta pojawiły się kiedykolwiek niewyjaśnione powikłania związane ze znieczuleniem*?

..... tak / nie / nie wiem

Czy pacjent posiada aparaty ortodontyczne (nie wyjmowane)* tak / nie

Znane uczulenia (leki, plaster, katar sienny, inne?)*..... tak / nie

Lekarza zbierającego ze mną wywiad przy przyjęciu do szpitala poinformowałem(am) o wszystkich chorobach osoby, która ma być poddana badaniu endoskopowemu

(w szczególności: wady serca, omdlenia, duszności, zapalenia migdałków, anginy, choroby uszu, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlica, choroby psychiczne, mózgowo porażenie dziecięce, drgawki, padaczka, dystrofia mięśniowa, udar, żółtaczką, stłuszczenie lub marskość wątroby, zapalenie pęcherza moczowego, mocznica, cukrzyca, dna moczanowa, porfiria, wole obojętne, nadczynność lub niedoczynność tarczycy, choroby oczu, jaskra, choroby krwi, skłonność do krwawień, siniaków, inne schorzenia).

.....
data i godzina wypełnienia formularza

.....
czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

* - właściwą odpowiedź proszę otoczyć obwódką, a w wolnym miejscu odpowiedzieć pisemnie na zadane pytanie.

ZGODA NA BADANIE ENDOSKOPOWE

Lekarz przeprowadził(a) ze mną rozmowę wyjaśniającą zagadnienia badań endoskopowych. Podczas tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju planowanego badania i niezbędnego znieczulenia, związanego z nimi ryzyka oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić przed, w trakcie i po endoskopii.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowana(y) o spodziewanych korzyściach z proponowanego badania, stopniu ewentualnego ryzyka, możliwościach alternatywnego (innego) postępowania diagnostycznego lub leczniczego.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z dokumentem „Informacje dla osób poddawanych badaniom endoskopowym i/lub ich opiekunów prawnych” przygotowanym przez Samodzielną Pracownię Endoskopową Oddziału Terenowego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju.

Zrozumiałem(am) wszystkie udzielone mi informacje i wyjaśnienia, i nie mam więcej pytań.

Zgadzam się na wykonanie u (imię i nazwisko osoby badanej):* parafka (skrótowy podpis)

- badania bronchoskopowego (bronchoskopia sztywna / bronchofiberoskopia)
- niezbędnej do przeprowadzenia zabiegu endoskopowego sedacji lub znieczulenia ogólnego i miejscowego
- płukania oskrzelowo-pęcherzykowego
- pobrania fragmentu nabłonka oskrzelowego do badania rzęsek
- biopsji ewentualnych zmian wewnątrzoskrzelowych
- przezoskrzelowej biopsji igłowej węzłów chłonnych
- przezoskrzelowej biopsji płuca
- wziernikowania nosogardła
- wziernikowania przełyku – ezofagoscopia
- wziernikowania żołądka i dwunastnicy – gastroscopia

Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie*, tj.

- podawanie niezbędnych leków przed, w czasie i po zabiegu
- infuzje płynów
- zakładanie cewników dożylnych

- zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania lekarskiego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia, zmianę planowanej techniki i zakresu badania endoskopowego w czasie jego trwania

ewentualne uwagi pacjenta/opiekuna prawnego:

.....
.....

.....
data i godzina wyrażenia zgody

.....
czytelny podpis pacjenta > 16 r.ż.

.....
czytelny podpis opiekuna prawnego

* - właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem X oraz złożyć skrótowy podpis (parafkę).

wersja formularza zgody wprowadzona 01.01.2017