Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM - 3/18
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA GASTROSTOMIĘ ENDOSKOPOWĄ PEG	Wydanie II z dnia 21.02.2020r.
		Strona 1 z 2

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ……..
PESEL ……

Zabieg, który Pani/Panu proponujemy, wymaga Pani/Pana zgody. Aby te decyzje ułatwić informujemy w tej ulotce oraz w ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego zabiegu.

Cel zabiegu

Zabieg polega na wytworzeniu metodą endoskopową gastrostomii odżywczej (założenia przez powłoki jamy brzusznej cewnika do żołądka w celu podawania substancji odżywczych). Zabieg jest wykonywany u pacjentów nie mogących przyjmować pokarmów drogą doustną.

W czasie zabiegu używa się sterylnych zestawów jednorazowego użytku.

Używane endoskopy są poddawane dekontaminacji wysokiego stopnia.

Przeciwwskazania

Przeciwwskazaniem do PEG są: sepsa, ciężka postać choroby refleksowej przełyku, duża ilość płynu w otrzewnej, choroby zapalne i nowotworowe obejmujące ściany jamy brzusznej i żołądka w miejscu założenia PEG, niedrożność przewodu pokarmowego, przetoki początkowego odcinka jelita cienkiego.

Możliwe powikłania

Wykonanie PEG wiąże się z ryzykiem poważnych powikłań.

Do najczęstszych powikłań należą ból, aspiracja do dróg oddechowych, zapalenie płuc, zaburzenia oddechowe, zapalenie otrzewnej, wstrząs septyczny, przetoki z jelitem grubym, jelitem cienkim, przetoka pomiędzy żołądkiem a jelitem grubym, rozstrzeń żołądka, skręt esicy, przetrwała przetoka żołądkowo-skórna po usunięciu PEG, uszkodzenie przełyku, martwicze zapalenie powięzi, zakażenie powłok skórnych w miejscu założenia PEG, zakażenie ścian żołądka, uszkodzenie ścian żołądka, krwotok, rozsiew nowotworowy, przemieszczenie PEG po założeniu. Wystąpić może także odma otrzewnowa. Możliwe są również inne, rzadziej występujące powikłania.

W niektórych przypadkach założenie PEG jest niemożliwe. Cewnik PEG po założeniu może ulec zatkaniu w trakcie podawania przez niego preparatów odżywczych.

W celu ograniczenia prawdopodobieństwa krwawienia prosimy o zgłaszanie lekarzowi następujących faktów: przedłużającego się krwawienia po skaleczeniu lub po usunięciu zęba, powstawania sińców po niewielkich urazach, zażywania leków wpływających na krzepliwość krwi (aspiryna, dikumarol, heparyna).

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM - 3/18
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA GASTROSTOMIĘ ENDOSKOPOWĄ PEG	Wydanie II z dnia 21.02.2020r.
		Strona 2 z 2

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałem uważnie i zrozumiałem treści zawarte w powyższym formularzu. Oświadczam również, iż natura mojego schorzenia, cel zaproponowanego zabiegu oraz dające się przewidzieć ryzyko z nim związane oraz rokowanie, zostały mi wytłumaczone w sposób przystępny i zadowalający i **wyrażam zgodę na wykonanie PEG (przezskórnej endoskopowej gastrostomii).**

…… ……

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……...

Podpis lekarza

Wyrażam również zgodę na znieczulenie ogólne lub głębokie uspokojenie w celu wykonania PEG (przezskórnej endoskopowej gastrostomii).

…… ……..….

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……...

Podpis lekarza

Oświadczam, że zostałem dostatecznie poinformowany o ewentualnych skutkach mojej decyzji i nie wyrażam zgody na zabieg.

……. ……

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……..

Podpis lekarza

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.