Załącznik nr 22

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM – 3/20
	ŚWIADOMA ZGODA PCJENTA NA PANKREATOCHOLOANGIOGRAFIĘ EPCW	Wydanie III z dnia 21.02.2020r.
		Strona 1 z 2

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ……
PESEL ……
ROZPOZNANIE ……..

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.

Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Leczenie choroby jest tym skuteczniejsze, im więcej o jej charakterze i jej rozległości wie lekarz.

Na podstawie Pani/Pana dolegliwości oraz wyników badań dodatkowych wskazane jest przeprowadzenie pankreatocholangiografii wstecznej, tzn. badania przy użyciu endoskopu i kontrastującego środka rentgenowskiego. Stosując je, łatwiej aniżeli w przypadku innych technik udaje się wykazać choroby trzustki (np. stan zapalny, guz) jak również choroby w obrębie dróg żółciowych (np. kamienie, przeszkody na drodze odpływu żółci, guz) lub pęcherzyka żółciowego. Alternatywnym badaniem jest metoda rezonansu magnetycznego(MRCP).

Przeprowadzenie badania

Przez usta, po wcześniejszym znieczuleniu gardła, zostanie wprowadzony endoskop do przełyku, a następnie przez żołądek do dwunastnicy, gdzie na tzw. Brodawce Vatera (papilla) uchodzą wspólnie przewód żółciowy i przewód trzustkowy.

Ujście to można odszukać za pomocą endoskopu, wprowadzając w nie plastikowy cewnik, przez który podawany jest do przewodu żółciowego i/lub trzustkowego środek kontrastowy, a następnie wykonywane są zdjęcia radiologiczne. W niektórych przypadkach, ze względów anatomicznych nie udaje się zacewnikować dróg żółciowych czy trzustkowych. Czasami może to wymagać powtórnego badania.

W przypadku uwidocznienia przez endoskop nieprawidłowych zmian na oglądanym odcinku może zajść potrzeba pobrania wycinków do badania pod mikroskopem.

Możliwe powikłania

Powodzenie badania i pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Wstrzyknięcie środka kontrastowego do dróg żółciowych i trzustkowych może niekiedy wywołać objawy łagodnego i szybko cofającego się zapalenia trzustki lub przewodów żółciowych.

Reakcje uczuleniowe na leki uspokajające, rozkurczowe, środki stosowane do znieczulenia gardła albo środek kontrastowy są bardzo rzadkie, podobnie jak zranienie ściany przewodu pokarmowego przez instrument. Czasami w leczeniu powikłań potrzebny jest zabieg operacyjny lub dodatkowe zabiegi endoskopowe. Aby ograniczyć do minimum ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestezjologicznych, prosimy o odpowiedź na następujące pytania :

1.	Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?	TAK	NIE
2.	Czy podobne objawy występowały wśród członków rodziny?	TAK	NIE
3.	Czy zażywa Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi: aspiryna, dikumarol, itp.	TAK	NIE

Postępowanie po zabiegu.

Jeżeli wykonano znieczulenia gardła i krtani i podano zastrzyk uspokajający, to przez okres 2 godzin po zabiegu nie wolno Panu/Pani nic jeść ani pić oraz palić papierosów. Pozostać należy w łóżku w pozycji półwysokiej, zastosować się do zaleceń lekarza oraz pielęgniarki sprawującej opiekę nad Panią/Panem po wykonanym badaniu.

Proszę także informować lekarza jeżeli w ciągu kilku godzin będzie Pan/Pani odczuwać: bóle w klatce piersiowej, nasilony kaszel z odkrztuszaniem dużej ilości krwistej wydzieliny. Również wystąpienie innych niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Co do dalszego przyjmowania pokarmów proszę koniecznie zastosować się do zaleceń lekarza leczącego.

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

OŚWIADCZENIE PACJENTA

O planowanym badaniu jak również o ewentualnych powikłaniach jak również dodatkowych środkach zapobiegawczych zostałem poinformowany wyczerpująco w rozmowie wyjaśniającej. Nie mam żadnych dalszych pytań, czuję się wyczerpująco poinformowany(a) i po wystarczającym czasie namysłu wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego zabiegu, jak również na ewentualnie konieczne w tym przypadku dodatkowe zabiegi.

…… …….

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……..

Podpis lekarza

Wyrażam również zgodę na inhalacje, zastosowanie leków przeciwbólowych i głębokie uspokojenie w celu przeprowadzenia badania endoskopowego .

……. …….

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……..

Podpis lekarza

W przypadku odmowy wziernikowania:

Po wyczerpującym poinformowaniu mnie nie wyrażam zgody na planowane badanie. O możliwych ujemnych skutkach wynikających z odmowy wykonania proponowanego badania zostałem poinformowany przez lekarza.

……. ……..

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……..

Podpis lekarza