Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM – 3/17
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA POLIPEKTOMIĘ ENDOSKOPOWĄ	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?

Na podstawie wykonanych dotychczas badań stwierdzono u Pani/Pana istnienie polipa/polipów przewodu pokarmowego. Doniesienia naukowe oraz wieloletnie obserwacje potwierdzają, ze polip jest to łagodny nowotwór, który pozostawiony może zezłosliwieć. Zapobiegamy temu przez wykonanie polipektomii, a więc zabiegu wycięcia polipa. Istnieją dwa sposoby przeprowadzenia tej operacji:

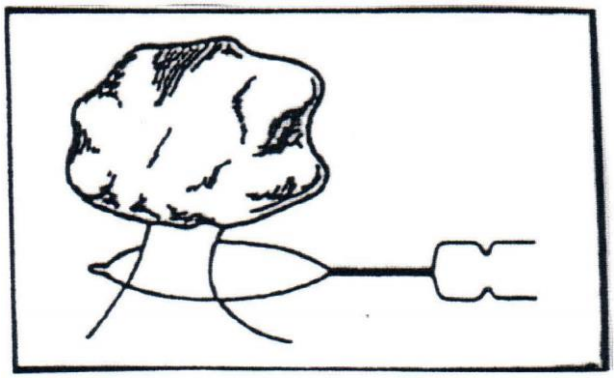
1. poprzez przecięcie powłok brzucha (operacja chirurgiczna), bądź
2. z wykorzystaniem endoskopu (endoskopowa elektroresekcja pętlą diatermiczną: patrz schemat).

Zastosowanie techniki endoskopowej zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań operacyjnych, najczęściej nie wywołuje żadnych dolegliwości bólowych i nie wymaga głębokiej narkozy. Nie bez znaczenia jest również fakt braku blizny na skórze oraz szybki powrót do normalnej aktywności życiowej po zabiegu. Badanie wykonane jest sprzętem specjalnie dekontaminowanym wg ogólnie przyjętych zasad, co zmniejsza do minimum ryzyko zainfekowania chorego.

Przeprowadzenie badania

Po odpowiednim przygotowaniu badanego odcinka przewodu pokarmowego i ocenie możliwości technicznych dokonania zabiegu, zarzuca się pętlę na szypułę polipa i przepala, przepuszczając przez pętlę prąd elektryczny. Następnie wyjmuje się polipa i przesyła się go do oceny mikroskopowej. Możliwe jest również stopniowe odcinanie główki, zwłaszcza większego polipa, technika "kęskową". Należy podkreślić, że zabiegi te są niebolesne. W niektórych przypadkach, przy bardzo dużych rozmiarach polipa bądź przy grubej szypule, nie udaje się wykonać polipektomii endoskopowej i trzeba wówczas wyciąć go metodą chirurgiczną,

Schemat polipektomii:



Możliwe powikłania

Powodzenie zabiegu jak również zupełnego bezpieczeństwa nie może zagwarantować żaden lekarz. W trakcie polipektomii może się zdarzyć obfite krwawienie z szypuły polipa, przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego bądź jej termiczne zranienie, które mogą wymagać natychmiastowej operacji. Ryzyko wystąpienia takich powikłań jest mniejsze niż 1%, a śmiertelność niezwykle rzadka.

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.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć 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 badaniu

W przypadku stosowania znieczulenia nie wolno jeść ani pić przez okres 2 godzin po zabiegu. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi. Proszę pytać, jeśli Państwo nie wszystko zrozumieliście, albo jeśli chcecie wiedzieć więcej o tym badaniu, wymienionych powikłaniach bądź innych nurtujących problemach związanych z proponowanym zabiegiem

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 polipektomii endoskopowej.**

…….. …….

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

…….

Podpis lekarza

Wyrażam również zgodę na znieczulenie ogólne lub głębokie uspokojenie w celu wykonania badania endoskopowego.

…… ……

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 badanie.

……. …….

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……..

Podpis lekarza

Uwaga:

Jeśli zabieg endoskopowy wykonany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu ogólnym, nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych w tym dniu i konieczna opieka drugiej osoby. Po zabiegu endoskopowym bez znieczulenia ogólnego niewskazane jest prowadzenie pojazdów mechanicznych bezpośrednio po jego wykonaniu.