



Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Nr historii choroby: \_\_\_\_\_ PESEL/Data urodzenia\*: \_\_\_\_\_

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE KOLONOSKOPII

### I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

W związku z Pana/Pani chorobą lub podejrzeniem choroby pojawiła się konieczność wykonania zabiegu endoskopowego.

Wskazaniami mogą być zarówno podejrzenie choroby zlokalizowanej w jelicie grubym, profilaktyka chorób nowotworowych lub kontrola po leczeniu farmakologicznym endoskopowym lub chirurgicznym.

### II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Kolonoskopia polega na wprowadzeniu endoskopu przez odbyt do jelita grubego i ewentualnie końcowego odcinka jelita cienkiego. Badanie wykonywane jest **w znieczuleniu miejscowym, dożylnym lub anestezjologicznym**.

W przypadku potwierdzenia choroby (np. stwierdzenia zmian zapalnych lub przeszkody- zwężenia, polipa itp.), może zaistnieć potrzeba pobrania wycinków, wykonania polipektomii (tj. usunięcia polipa jelita przy pomocy metalowej pętli przez którą przepuszczany jest prąd tnący), rozszerzania zwężeń, niszczenia zmian nowotworowych, przednowotworowych i naczyniowych, założenia protezy rozprężalnej do zwężeń. W przypadku krwawień do przewodu pokarmowego zastosowane będą metody iniekcyjne, termiczne lub mechaniczne (opaski, klipsy naczyniowe).

Oczekiwane korzyści to możliwości rozpoznania choroby i następnie potwierdzenie jej badaniem histopatologicznym, usunięcie zmian np. polipów co zapobiega rozwojowi raka jelita grubego, tamowanie krwawień i zapobieganie nawrotom lub poprawa/przywrócenie drożności dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

*(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)*

### III. Zalecenia pozabiegowe

Jeżeli po badaniu wystąpią silne bóle brzucha, gorączka, krwawienie z odbytu należy pilnie zgłosić to personelowi medycznemu. Szczegółowe zalecenia np. odnośnie diety, przyjmowania leków po zabiegu udzieli lekarz prowadzący lub wykonujący badanie.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W przypadku zabiegu przeprowadzonego w znieczuleniu dożylnym lub dotchawiczym przy udziale lekarza anestezjologa zostałem/am poinformowany/a o **zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych** i podejmowaniu ważnych decyzji.

#### IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Biorąc pod uwagę, iż kolonoskopia jest zabiegiem diagnostycznym oraz jednocześnie może być zabiegiem terapeutycznym nie ma alternatywnych dostępnych metod badania.

#### V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Zarówno kolonoskopia diagnostyczna, jak również lecznicza i działania dodatkowe (wycinki, polipektomia, protezowanie, rozszerzanie oraz niszczenie zmian) uznawane są za względnie bezpieczne, jednak u około 0,5 % badanych istnieje możliwość wystąpienia powikłań tj. krwawienie lub perforacja. Mogą wystąpić również reakcje uczuleniowe związane z podawanymi lekami.

Powikłania ciężkie mogące wymagać zabiegu operacyjnego w trybie pilnym, są rzadkością, stanowią ułamek procenta wykonywanych zabiegów endoskopowych i niezwykle rzadko związane są z badaniami diagnostycznymi.

#### VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko zabiegu oceniane na podstawie skali: \_\_\_\_\_

Dla zabiegów „małych”                      Ryzyko powikłań                      [ ] małe                      [ ] średnie                      [ ] duże

#### VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

Po kolonoskopii pacjent otrzymuję wynik badania wraz z zaleceniami co do dalszego postępowania. Powikłania odległe omówiono powyżej.

Ryzyko odległych powikłań                      [ ] małe                      [ ] średnie                      [ ] duże

#### VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z wykonania kolonoskopii może doprowadzić do nierozpoznanie choroby nowotworowej na jej wczesnym etapie rozwoju a w konsekwencji uniemożliwić jej całkowite wyleczenie. W przypadku innych wskazań, jak np. krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego rezygnacja z zabiegu może wiązać się z ryzykiem zagrożenia życia, a także koniecznością wykonania zabiegu operacyjnego w trybie pilnym.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

### IX. Oświadczenia Pacjenta dot. wykonania proponowanej KOLONOSKOPII

W dniu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ lekarz .....  
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej kolonoskopii**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstwach rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po zabiegu.

*Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:*

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Pacjenta

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Przedstawiciela  
ustawowego Pacjenta

*Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:*

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Pacjenta

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Przedstawiciela  
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

### W związku z powyższym:

#### Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej kolonoskopii.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

\_\_\_\_\_  
data i godzina

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Pacjenta

\_\_\_\_\_  
data i godzina

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Przedstawiciela  
ustawowego Pacjenta

#### Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej kolonoskopii

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

#### **Uzasadnienie odmowy**

*(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie kolonoskopii. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).*

\_\_\_\_\_  
data i godzina

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Pacjenta

\_\_\_\_\_  
data i godzina

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Przedstawiciela  
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

## X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

**przedstawiłem/am\*** pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

**Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane\*.**

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień  
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody\* **na przeprowadzenie zaproponowanej kolonoskopii** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

\_\_\_\_\_ data i godzina

\_\_\_\_\_ oznaczenie lekarza odbierającego  
oświadczenie (pieczętka i podpis)

\_\_\_\_\_ miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej  
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie kolonoskopii.**

*(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):*

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ podpis i pieczętka lekarza