



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 ZABIEGU ESOFAGOSKOPII SZTYWNEJ

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Esofagogoskopia sztywna to procedura diagnostyczna i / lub lecznicza przełyku, często wskazana w przypadku trudności w połykaniu, podejrzenia obecności ciała obcego w przełyku, zmian nowotworowych, zwężeń, krwawień lub innych nieprawidłowości przełyku. Pozwala na bezpośrednią ocenę błony śluzowej, pobranie wycinków do badania histopatologicznego, usunięcie przeszkód i doraźne leczenie.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operacja przeprowadzana jest w warunkach sali operacyjnej, w **znieczuleniu ogólnym (narkozie)**. Przed zabiegiem pacjent zostaje odpowiednio przygotowany, a zespół anestezjologiczny dba o bezpieczeństwo i komfort pacjenta w trakcie całej procedury.

Po znieczuleniu przez jamę ustną wprowadza się sztywny esofagogoskop do przełyku. Procedura ta wymaga ostrożności ze względu na ryzyko uszkodzenia ściany przełyku – dlatego cały zabieg odbywa się pod kontrolą wzroku.

W trakcie zabiegu jest możliwość:

1. dokładnie obejrzeć błonę śluzową, ocenić zwężenia lub zmiany (np. podejrzone o nowotworze),
2. usunąć ciała obce ze światła przełyku,
3. pobrać wycinki do badania histopatologicznego,
4. w razie potrzeby zatamować krwawienie.

Zabieg często pozwala na jednoczesną diagnostykę i leczenie. Typowy czas trwania to 15–40 minut, zależnie od wskazań i złożoności procedury.

Oczekiwane korzyści obejmują:

- diagnostykę, pobranie wycinków ze śluzówki przełyku,
- odzyskanie drożności przełyku po usunięciu ciała obcego.

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



III. Zalecenia pozabiegowe

Bezpośrednio po zabiegu obserwacja na oddziale (od 2 do 24 godzin, w zależności od złożoności i stanu ogólnego).
Wstrzymanie się od jedzenia i picia do decyzji lekarza po ocenie ryzyka powikłań.

Monitorowanie, czy nie występują ból, trudności w oddychaniu, powiększający się obrzęk szyi lub objawy ogólne.
Unikanie wysiłku przez 1-3 dni.

Dieta łagodna, miękka, niegorąca, niedrażniąca, niekwaśna, niepikantna. Unikania narażenia na dym wyrobów tytoniowych oraz zakaz spożywania alkoholu.

W zależności od decyzji lekarza prowadzącego stosowanie leków z grupy inhibitorów pompy protonowej, miejscowych leków nawilżająco-natłuszczających błonę śluzową gardła, krtani i przełyku, leków rozkurczających typu no-spa, doraźnych leków przeciwbólowych, sterydowych, antybiotyku lub nebulizacji – w zależności od wskazań dotyczących konkretnego przypadku.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywą dla esofagoskopii sztywnej w niektórych przypadkach może być esofagoscopia giętka, badania obrazowe (RTG, TK, MRI) lub w niektórych przypadkach leczenie zachowawcze. Wybór metody zależy od wskazań medycznych, dostępności sprzętu i decyzji lekarza.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub zabiegiem

Częste, lecz niegroźne:

- a) ból gardła, odpływanie z gardła krwistej wydzieliny, chrypka,
- b) skaleczenie błony śluzowej gardła lub ściany przełyku, obrzęk, krwiak gardła lub wejścia do krtani,
- c) odma podskórna,
- d) skaleczenie wargi, ułamanie zęba, obluzowanie zęba, uszkodzenie mostka zębowego.

Rzadkie, lecz dużo poważniejsze:

- a) odma śródpiersia, zapalenie śródpiersia,
- b) zwichnięcie chrząstki nalewkowatej krtani,
- c) perforacja przełyku narzędziem lub ostrym ciałem obcym lub krwawienia z przełyku wymagające leczenia operacyjnego.

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego. Zabieg może wymagać przetoczenia krwi.

Pomimo tych zagrożeń, ryzyko ciężkich powikłań jest niskie, a procedura ma charakter rutynowy i przeprowadzana jest przez doświadczony zespół chirurgiczny. Pacjent zostaje poinformowany o możliwości wystąpienia powikłań oraz środkach podejmowanych w celu ich minimalizacji.

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 np.: POSSUM _____

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże



VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

Po prawidłowo odbytym badaniu / leczeniu rokowanie jest bardzo dobre. W przypadku usunięcia ciała obcego oczekuje się przywrócenia funkcji połykania oraz poprawy komfortu życia. W przypadku pobierania materiału do badania histopatologicznego oczekuje się postawienia rozpoznania ostatecznego oraz dalsze leczenie przyczynowe. Możliwe powikłania odległe to np. zwężenie przełyku przez bliznowacenie - ryzyko małe.

Ryzyko odległych powikłań ☐ małe ☐ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z zabiegu esofagogoskopii może skutkować brakiem rozpoznania przyczyny dolegliwości, opóźnieniem leczenia schorzeń przełyku i pogorszeniem stanu zdrowia. Ponadto odstąpienie od leczenia może skutkować stopniowym pogorszeniem jakości życia pacjenta i potencjalnie prowadzić do konieczności przeprowadzenia bardziej rozległych, obarczonych większym ryzykiem powikłań zabiegów w przyszłości.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego

ZABIEGU ESOFAGOSKOPII SZTYWNEJ

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu esofagoskopii sztywnej**.

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 zabiegu oraz ryzyku powikłań jego wykonania albo możliwych następstw 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 proponowanego zabiegu 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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu esofagogoskopii sztywnej.

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 zaproponowanego zabiegu esofagogoskopii sztywnej.

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 zabiegu esofagogoskopii sztywnej. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



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/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem/am odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem/am pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowany zabieg.

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 zaproponowanego zabiegu esofagoskopii sztywnej** 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 sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu esofagoskopii sztywnej.**

(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