

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY BADANIE KONTRASTOWE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

### I. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta: Numer PESEL: Numer Księgi Głównej:	Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:
--	---

### II. OKOLICA CIAŁA, KTÓRA MA BYĆ PODDANA BADANIU

.....

### III. INFORMACJA O BADANIU

#### Szanowni Państwo,

Wykonanie badania kontrastowego jelita grubego, jak również podanie środka kontrastującego podczas badania wymaga Państwa zgody. Poniżej przekazujemy Państwu informacje o sposobie wykonania badania, przygotowaniu i ryzyku związanym z jego wykonaniem.

#### 1. Przygotowanie do badania:

Badanie kontrastowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego wymaga specjalnego, wcześniejszego przygotowania.

Do badania pacjent powinien:

- od około tygodnia przed badaniem nie spożywać owoców pestkowych
- przez 3 doby przed badaniem stosować dietę płynną, bezresztkową (herbata z cukrem, galaretki, buliony)
- w dniu poprzedzającym badanie pacjent pozostaje bez kolacji
- w dniu badania nie spożywać żadnych posiłków
- w dniu badania zażyć wszystkie leki przyjmowane na stałe
- wymagane jest dokładne oczyszczenie jelita grubego (wlewki czyszczące, wykonywane na oddziale).

**Ponadto zgłaszając się na badanie kontrastowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego pacjent powinien przynieść ze sobą:**

- książeczkę zdrowia dziecka lub kartę badań radiologicznych – pacjenci poniżej 16 roku życia;
- osoby niepełnoletnie zgłaszają się z przedstawicielem ustawowym.

#### 2. Opis przebiegu badania:

Badanie kontrastowe jelita grubego, wykonuje się w celu zobrazowania jelita grubego. Badanie przeprowadza się w pozycji leżącej po podaniu do odbytnicy przez cewnik wprowadzony przez odbyt środka kontrastującego (najczęściej zawiesiny barytowej).

Badanie jest bezbolesne, wymaga jedynie bezwzględnego pozostawania w bezruchu w pozycji leżącej i stosowania się do poleceń personelu pracowni.

U niektórych pacjentów szpitalnych badanie przeprowadzane jest po poddaniu pacjenta premedykacji (rodzaj metody zależny od decyzji lekarza kierującego).

W gabinecie rentgenowskim może przebywać tylko pacjent i personel opiekujący się pacjentem. W sytuacjach gdy pacjent nie współpracuje podczas badania, pacjentowi powinien towarzyszyć rodzic/opiekun (ubrany w fartuch ochronny). Przed badaniem każda osoba towarzysząca musi wypisać oświadczenie, że zgadza się dobrowolnie przebywać w gabinecie rentgenowskim podczas wykonywania zdjęć oraz (w przypadku kobiet) że nie są w ciąży. Na każdym etapie badania personel medyczny udziela pełnej informacji medycznej na temat przeprowadzanej procedury.

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY BADANIE KONTRASTOWE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

Ryzyko związane z badaniem:

Kontrast podawany pacjentowi jest całkowicie bezpieczny. Podawany jest bezpośrednio przez cewnik wprowadzony do odbytnicy. Podany kontrast nie wchłania się do krwiobiegu i wydalany jest w całości po zakończeniu badania.

Dawki promieniowania jakie pacjent otrzymuje podczas badania są bezpieczne, dopuszczalne w celach diagnostycznych i nie zagrażają bezpośrednio jego życiu.

Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny, a skumulowane (w przypadkach wcześniej wykonywanych innych badań z użyciem promieniowania jonizującego) dawki diagnostyczne mogą mieć działanie szkodliwe. Bardziej wrażliwe na działanie promieniowania rentgenowskiego są dzieci i osoby w okresie dojrzewania.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania kontrastowego dolnego przewodu pokarmowego jest ciąża.

### IV. OŚWIADCZENIE LEKARZA

Stwierdzam, że przedstawiłam/em przedstawicielowi ustawowemu pacjenta/pacjentowi sposób przeprowadzenia planowanego badania oraz poinformowałam/am go o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania.

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

### V. OŚWIADCZENIE -ŚWIADOMA ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

**Oświadczam, że:**

- Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka/podopiecznego, badań oraz przebytych chorób.
- Otrzymałem pisemną informację na temat sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłań w związku z badaniem dolnego odcinka przewodu pokarmowego z podaniem środka kontrastującego, z którą zapoznałem się i którą zrozumiałem.
- Miałem możliwość rozmowy z lekarzem, który poinformował mnie o istocie choroby dziecka oraz zleconym badaniu diagnostycznym.

**Przyjmuję do wiadomości i rozumiem:**

- jakie są przeciwwskazania do przeprowadzenia badania oraz dające się przewidzieć następstwa i powikłania oraz odległe skutki zastosowania procedur.
- że w czasie wykonywania badania może dojść do stwierdzenia istnienia szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany sposobu postępowania.
- że istnieje ryzyko wystąpienia powikłań niestandardowych, które nie są typowe dla wykonywanej procedury i są niemożliwe do przewidzenia.

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY BADANIE KONTRASTOWE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

**Jestem świadomy**, że mogę nie wyrazić zgody na wykonanie badania, rozumiem, że niewykonanie badania może utrudnić lub uniemożliwić diagnostykę.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat zleconego badania diagnostycznego, w związku z tym:

**Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie WYRAŻAM ZGODĘ na wykonanie badania kontrastowego dolnego odcinka przewodu pokarmowego.**

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

**Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie NIE WYRAŻAM zgody na wykonanie badania kontrastowego dolnego odcinka przewodu pokarmowego.**

Uzasadnienie przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

.....  
.....

**Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia mojego dziecka/podopiecznego.**

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

### VI. OŚWIADCZENIE LEKARZA WYKONUJĄCEGO BADANIE

Oświadczam, że Formularz Świadomej Zgody został przeze mnie sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym przed przeprowadzeniem powyżej zaakceptowanej przez przedstawiciela ustawowego i pacjenta (w przypadku ukończenia 16 r.ż) procedury medycznej.

Data/godzina	Pieczętka i podpis lekarza