

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

I. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:
Numer PESEL:
Numer Księgi Głównej:

II. OKOLICA CIAŁA, KTÓRA MA BYĆ PODDANA BADANIU

.....

III. INFORMACJA O BADANIU

Szanowni Państwo,

Wykonanie badania kontrastowego górnego odcinka przewodu pokarmowego, 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. Opis badania

Przygotowanie do badania:

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

Do badania pacjent powinien:

- pozostać przez minimum 6 godzin bez jedzenia i picia;
- dla dzieci do 1 roku życia wystarczająca jest 3-godzinna przerwa od ostatniego karmienia.
- w wybranych przypadkach konieczne jest założenie sondy przelykowo-żołądkowej (dysfagia, brak współpracy pacjenta).

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

- dzieci karmione smoczkiem konieczne jest przyniesienie na badanie butelki do karmienia;
- książeczkę zdrowia dziecka lub kartę badań radiologicznych – pacjenci poniżej 16 roku życia;
- osoby niepełnoletnie zgłaszają się z przedstawicielem ustawowym.

Opis przebiegu badania:

Badanie kontrastowe górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyk, żołądek, dwunastnica) oraz pasaż przewodu pokarmowego wykonuje się w celu zobrazowania poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego po doustnym podaniu środka kontrastowego.

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

U niektórych pacjentów szpitalnych badanie przeprowadzane jest po poddaniu pacjenta premedykacji (rodzaj metody zależy 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 GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

Ryzyko związane z badaniem:

Kontrast podawany pacjentowi jest całkowicie bezpieczny. Podawany jest bezpośrednio przez przelyk do żołądka (w sposób fizjologiczny lub przez cewnik przelykowo-żołądkowy). Podany kontrast nie wchłania się do krwiobiegu i wydalany jest w całości po przejściu przez cały układ pokarmowy.

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 górnego przewodu pokarmowego jest ciąża.

IV. OŚWIADCZENIE LEKARZA

Stwierdzam, że przedstawiłam/em 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 PACJENTA

Oświadczam, że:

- Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.
- Otrzymałem pisemną informację na temat sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłań w związku z badaniem górnego 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.

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:

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

Imię i nazwisko pacjenta:

W pełni świadomie WYRAŻAM ZGODĘ na wykonanie badania kontrastowego górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Data/godzina	Czytelny podpis pacjenta

W pełni świadomie NIE WYRAŻAM zgody na wykonanie badania kontrastowego górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Uzasadnienie pacjenta odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

.....
.....

Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data/godzina	Czytelny podpis pacjenta

VI. OŚWIADCZENIE LEKARZA WYKONUJĄCEGO BADANIE

Oświadczam, że Formularz Świadomej Zgody został przeze mnie sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym przed przeprowadzeniem powyżej zaakceptowanej przez pacjenta procedury medycznej.

Data/godzina	Pieczętka i podpis lekarza