

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:	Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:
--	---

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 smoczką 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 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 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 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 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

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

Imię i nazwisko pacjenta:

tym:

Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie **WYRAŻAM ZGODĘ** na wykonanie badania kontrastowego górnego 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 górnego 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