



## BADANIE ENDOSKOPOWE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

1. Polega na wsunięciu instrumentu optycznego (endoskopu) do badanej części przewodu pokarmowego (żołądek, dwunastnica). Badanie wykonuje się w celu dokładnego obejrzenia i określenia istniejących zmian chorobowych. Podczas badania istnieje możliwość pobrania wycinków z uwidocznionych w trakcie badania zmian chorobowych.
2. Badanie jest przeprowadzone w pozycji leżącej po miejscowym znieczuleniu gardła. Polega ono na założeniu przez jamę ustną i gardło fibroskopu o śr. ok. 1 cm do przełyku, a następnie do żołądka i dwunastnicy, co pozwala na oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego. Badanie trwa kilka minut.
3. **Możliwe powikłania:**  
Powikłania zdarzają się niezmiernie rzadko, jednak powodzenia i absolutnego bezpieczeństwa tego badania nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo zdarzyć się może przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego lub krwawienie wymagające pilnego leczenia operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych narządów w postaci zaostrzenia istniejących chorób serca, płuc lub neurologicznych.

### 4. ANKIETA DLA PACJENTA

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo w/w powikłań, prosimy o odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie:

- a) Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawienia, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?  
 TAK\*       NIE\*
- b) Czy podobne objawy występowały wśród członków Pana/Pani rodziny?  
 TAK\*       NIE\*
- c) Czy przyjmuje Pan/Pani leki powodujące „rozrzedzanie” krwi (np. Syncumar, Sintrom, Aspiryna)?  
 TAK\*       NIE\*
- d) Czy rozpoznano u Pana/Pani jakieś schorzenia serca, układu krążenia lub płuc (np. schorzenie zastawek serca, wysokie ciśnienie krwi, choroba wieńcowa czy astma oskrzelowa)?  
 TAK\*       NIE\*

\*Proszę zakreślić właściwą odpowiedź  
e)

Ja niżej podpisany

.....  
Zostałem wyczerpująco poinformowany o moim schorzeniu i konieczności wykonywania gastrokopii, płynących z tego korzyści oraz ewentualnych zagrażających mi powikłaniach. Pisemną informację na temat badania otrzymałem.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania oraz wszelkie dodatkowe ewentualne zabiegi, w tym pobieranie wycinków do badania histopatologicznego, które podczas badania mogą okazać się konieczne.

Nie wyrażam zgody na badanie

Skarżysko-Kamienna dn. ....

Skarżysko-Kamienna dn. ....

.....  
podpis pacjenta

.....  
podpis pacjenta