



## Wywiad, oświadczenie i zgoda na przeprowadzenie sigmoidoskopii.

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_ Pesel: \_\_\_\_\_

Dla pełnego bezpieczeństwa przeprowadzenia badania prosimy o podanie zarówno w rozmowie z lekarzem jak i przez zaznaczenie w niniejszym dokumencie, informacji o istotnych chorobach:

- Czy występują u Pana(i) zaburzenia krzepnięcia krwi lub skłonność do krwawień; **TAK**  **NIE**
- Czy stosowane są; leki p/krzepliwe (np. Sintrom, Acenocumarol) lub p/płytkowe (np. Acard, Polopiryna, Bestpiryn, Ticlid, Aclostin); **TAK**  **NIE**
- Czy występuje alergia lub zdarzały się uczulenia na leki (antybiotyki, leki p/bólowe) (jeżeli tak to na które?) ..... **TAK**  **NIE**
- Czy występują choroby serca, układu krążenia lub układu oddechowego; (jeżeli tak to jakie?) ..... **TAK**  **NIE**
- Czy wszczepiono sztuczne zastawki serca, stymulator/ defibrylator serca, protezy naczyniowe (jeżeli tak to jakie?) ..... **TAK**  **NIE**
- Czy występują jakiegokolwiek inne okoliczności mogące być utrudnieniem w wykonaniu planowanego badania (jeżeli tak to jakie?) ..... **TAK**  **NIE**
- Dotyczy tylko kobiet:** Czy jest pani w ciąży; **TAK**  **NIE**

### Zgoda pacjenta

W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i w rozmowie wyjaśniającej z Dr ..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, wskazań do wykonania badania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, spodziewanych wyników badania.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem. Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości. Dobrowolnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania.

**WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE SIGMOIDOSKOPII NA MOJEJ OSOBIE** .....

(data, podpis pacjenta)

W przypadku zmian stwierdzonych w trakcie badania zgadzam się na wykonywanie zabiegów dodatkowych takich jak pobranie wycinków do badania histopatologicznego, usunięcie polipów, innych zabiegów endoskopowych, o ile zajdą wskazania medyczne do wykonania takiej procedury.

**TAK**  **NIE**

**Oświadczam, że nie przyjmowałam/em w ciągu ostatnich 7 dni leków obniżających krzepliwość krwi;**

**TAK**  **NIE**  (Jeśli przyjmowałam/em to kiedy i jakie?.....)

-----  
miejsowość

-----  
data

-----  
podpis pacjenta

-----  
(Wypełnia lekarz)

Oświadczam, że udzieliłem pacjentowi wyczerpujących informacji, zgodnie z moją wiedzą medyczną, na temat wskazań do badania sigmoidoskopii i możliwych powikłań.

Podpis lekarza .....

Data zabiegu.....