

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; **TAK** **NIE**
- (jeżeli tak to jakie?)
- 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 GASTROSKOPII 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.

NIE

TAK

Oświadczam, że nie przyjmowałam/em w ciągu ostatnich 5 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 kolonoskopii i możliwych powikłań.

Podpis lekarza Data zabiegu.....