



Centrum Gastrologii

lek.med. Dariusz Gajda

PACJENT

Nazwisko i imię:

Wyrażam zgodę na zabieg o podwyższonym ryzyku:

gastroskopia, kolonoskopia,

.....
rodzaj zabiegu

Opis zabiegu: Badanie endoskopowe polega na wprowadzeniu endoskopu do górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopia) lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego (kolonoskopia) a następnie obejrzeniu badanego odcinka. W trakcie takiego badania może być potrzebne pobranie wycinków ze zmiany patologicznej do oceny histopatologicznej lub bakteriologicznej.

Możliwe powikłania: Powikłania podczas badań diagnostycznych zdarzają się niezwykle rzadko. Wyjątkowo może się zdarzyć przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (rzadziej niż w 0.05% badań) oraz krwawienie po pobraniu wycinków. Bardzo rzadko może dochodzić do objawów ze strony innych układów i narządów jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy, padaczki, zatrzymanie serca.

Dla badań endoskopowych diagnostycznych praktycznie nie ma badań alternatywnych. Wszystkie pozostałe metody obrazowania często nie spełniają oczekiwanych efektów diagnostycznych.

Pan/Pani doktor poinformował mnie o wskazaniach do wykonania powyższego badania. Miałem/am możliwość zadawania pytań, na które uzyskałem/am odpowiedź.
Niniejszym wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu.

.....
data i podpis lekarza

.....
data i podpis pacjenta/prawnego lub faktycznego opiekuna *

* niepotrzebne skreślić