



Nazwisko i imię .....

PESEL .....

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem badania diagnostycznego/ terapeutycznego (tj. „Informacje o gastrokopii”, „Informacje o kolonoskopii” oraz „Informacja o endoskopowej polipektomii”), jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku ww. leczenia i zgadzam się na proponowane badanie kolonoskopowe/ gastrokopowe i proponowany zabieg;
- zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie jeśli sytuacja, by tego wymagała (m.in. o zabieg pobierania wycinków i zabieg polipektomii, tamowania krwawienia lub leczenie operacyjne), zgodnie z zasadami wiedzy medycznej;
- oświadczam, iż udzieliłem/am lekarzowi prawdziwych i możliwie dokładnych informacji odnośnie mojego stanu zdrowia
- w pełni zrozumiałem informacje dotyczące badania oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem leczącym i kierującym na badanie
- uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i dobrowolnie wyrażam świadomą zgodę na wykonanie kolonoskopii wraz z biopsją i/lub polipektomią, jeżeli zaistnieje taka konieczność.

## **ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE KOLONOSKOPOWE/ GASTROSKOPOWE**

data i podpis pacjenta

.....

## **ŚWIADOMA ZGODA NA POLIPEKTOMIĘ ENDOSKOPOWĄ**

data i podpis pacjenta

.....

**Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestezjologicznych, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:**

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania siniaków po niewielkich urazach mechanicznych ?

☐ Tak      ☐ Nie

2. Czy występują u Pani/Pana objawy uczulenia na leki ?

☐ Tak      ☐ Nie      Jeśli tak, to na które .....

3. Czy bierze Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi, np. Aspiryna, Acard, Bestpiryn, Acenocurmarol, Pradaxa, Warfin, Xalerto, Clopidogrel, Plavix, Zyllt, Ticlid, Aclostin, Eliquis?

☐ Tak      ☐ Nie      Jeśli tak, to które .....

4. Czy jest Pan/Pani leczony z powodu chorób serca lub płuc (wada serca, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, astma oskrzelowa)?

☐ Tak      ☐ Nie

5. Czy jest Pan/Pani leczony z powodu innych chorób przewlekłych np. jaskra, cukrzyca, padaczka, choroby psychiczne?

☐ Tak      ☐ Nie

6. Czy był Pan/Pani operowany? Jeśli tak to proszę wymienić operacje szczególnie te wykonywane w obrębie brzucha .....

.....  
.....

data i podpis pacjenta

.....