

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE LUB ZABIEG ENDOSKOPOWY

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL.....

Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenia badania endoskopowego i zabiegów endoskopowych (właściwe zaznaczyć, niepotrzebne skreślić)

GASTROSKOPII

KOLONOSKOPII

REKTOSKOPII

BIOPSJI (pobrania wycinków)

POLIPEKTOMII (usunięcia polipów)

Wyrażam także zgodę na dożylną podanie leków przeciwbólowych i uspokajających TAK NIE

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem badania i leczenia endoskopowego
- zostałem/am w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości poinformowany/a o celu i sposobie przeprowadzenia badania, wiążącym się z nim ryzykiem oraz o innych, alternatywnych metodach diagnostycznych a także o skutkach zaniechania badania. W zakresie ryzyka, w szczególności przedstawiono mi ryzyko wystąpienia: reakcji uczuleniowych na środek miejscowo znieczulający(10% Lidocainum), powstania krwiaka lub odczynu zapalnego po ewentualnym założeniu kontaktu żylnego, możliwości wystąpienia krwawienia lub przerwaniu ciągłości ściany (perforacji) przewodu pokarmowego, objawów niepożądanych stosowanych leków
- zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu i jego poszerzenie w niezbędnym zakresie, jeśli wymagałaby tego sytuacja, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej
- nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim zdrowiu, w tym o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach
- zastosowałem/am się do zaleceń dotyczących postępowania przed badaniem oraz zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń po badaniu. Zostałem/am poinformowany/a, że ich nieprzestrzeganie może w negatywny sposób wpłynąć na stan mojego zdrowia
- w trakcie rozmowy z lekarzem miałem/am możliwość zadawania pytań i uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania.
- zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie.

Rozumiem ryzyko związane z tym badaniem i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mogę cofnąć udzieloną zgodę na każdym etapie badania.

.....
miejscowość, data

.....
podpis osoby badanej lub przedstawiciela ustawowego lub faktycznego*

podpis i pieczęć lekarza przyjmującego zgodę

podpisy świadków w przypadku zgody wyrażonej ustnie