

Imię, nazwisko .....

PESEL .....

Pieczętka lekarza: .....

Wskazania do badania: .....

Gastroskopia jest to badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego pozwalające na ocenę błony śluzowej dwunastnicy, żołądka i przełyku. Pacjent przed wykonaniem badania musi przez 6 godzin pozostawać na czczo. Dla zmniejszenia nieprzyjemnych odczuć związanych z badaniem, stosuje się znieczulenie lokalne aerozolem lignokainy. Badanie polega na wprowadzenie przez usta do przełyku i dalszych odcinków przewodu pokarmowego giętkiego aparatu o średnicy około 10 mm. Poprzez aparat podaje się powietrze, aby dzięki rozdęciu żołądka i dwunastnicy uwidocznić ich ściany.

W trakcie badania pobiera się wycinki błony śluzowej do badania mikroskopowego. Jak każde badanie inwazyjne gastroskopia jest związana z pewnym ryzykiem powikłań. Najczęściej występującymi powikłaniami gastroskopii są: krwawienia i przebicia z przewodu pokarmowego. Powikłania te jakkolwiek bardzo groźne i czasem wymagające natychmiastowego leczenia operacyjnego, zdarzają się bardzo rzadko.

Dla zmniejszenia zagrożenia proszę odpowiedzieć na kilka pytań:

1. Czy występowały czasem obfite krwawienia z małych zranień lub po usunięciu zębów?  
Tak Nie
2. Czy występowały objawy uczulenia (wysypka, astma) po lekach, rentgenowskich środkach kontrastowych, pokarmach, plastrach?  
Tak Nie
3. Czy występowały objawy choroby serca lub płuc (zawał, astma, nadciśnienie, astma oskrzelowa) lub został założony rozrusznik serca?  
Tak Nie
4. Czy choruje Pan/Pani na przewlekłe choroby (padaczka, gruźlica)?  
Tak Nie
5. Czy chorował/a Pan/i na żółtaczkę zakaźną?  
Tak Nie
6. Czy miał/a Pan/i operację (serca, płuc, żołądka, jelita grubego, wątroby)?  
Tak Nie
7. Czy pobiera Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość krwi (np. Aspiryna, Dikumarol, itp.)?  
Tak Nie

Jeżeli tak, to jakie i kiedy? .....

.....

Wszelkie moje wątpliwości dotyczące celu i sposobu przeprowadzenia badania zostały wyjaśnione w trakcie rozmowy z lekarzem prowadzącym. Uzyskałem/am zadowalającą odpowiedź na wszystkie pytania. Wyrażam zgodę na zabieg endoskopowy, o jego przebiegu i możliwych powikłaniach zostałem poinformowany.

.....  
Podpis pacjenta