

**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта)
з проведенням гастроскопії (езофагогастродуоденоскопії)**

Пацієнт - ім'я та прізвище:	Метричний номер: (номер застрахованої особи):
Дата народження: (якщо немає метричного номера)	Код медичної страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	
Ім'я законного представника (опікуна):	Метричний номер:

Назва процедури

Гастроскопія (езофагогастродуоденоскопія):

обстеження стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки за допомогою ендоскопічного приладу

Мета процедури

Для з'ясування й вирішення ваших проблем або – в деяких випадках – в якості профілактики для раннього виявлення можливих патологічних змін в стравоході та шлунку вам буде необхідно провести гастроскопію, тобто, обстеження стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки за допомогою ендоскопічного пристрою, з можливими подальшими процедурами, такими як забір зразків слизової оболонки, видалення поліпів, зупинка кровотечі, лікування варикозу (варикозне розширення вен стравоходу та шлунку), дилатація стенозів (розширення звужених ділянок) тощо. Це передбачає введення ендоскопа через рот і безпосередню візуалізацію стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки.

Характер процедури

Підготовка перед процедурою:

Процедура проводиться натще: принаймні за 6 годин до процедури не можна їсти, пити й палити.

Хід процедури:

Під час гастроскопії через ротову порожнину та глотку в стравохід, шлунок і дванадцятипалу кишку заводиться гнучкий ендоскоп. В разі необхідності проводиться місцева анестезія глотки або робиться заспокійлива ін'єкція. Для гарної видимості обстежувані органи надувають повітрям або вуглекислим газом. При необхідності за допомогою пінцета береться зразок тканини для гістологічного або іншого дослідження. В окремих випадках під час гастроскопії видаляються поліпи, зазвичай за допомогою щипців та електрокоагуляції. Ділянки, що кровоточать, можна обробити ін'єкцією речовини для зупинки кровотечі, накладанням металевого затискача або застосуванням тепла за допомогою електричного зонда. Варикозне розширення вен стравоходу можна лікувати шляхом накладення гумових кілець або введенням спеціального розчину. Звужені ділянки можна розширити за допомогою спеціального балона.

Після завершення процедури:

В разі місцевої анестезії глотки протягом 2 годин після процедури не можна їсти й пити, в разі введення ін'єкції седативного засобу не можна керувати автомобілем і працювати з механізмами протягом 24 годин.

Після деяких медичних процедур може знадобитися короткочасне перебування в лікарні, а період дієти може бути продовжено.

Очікувана користь від процедури

Обстеження стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки за допомогою ендоскопічного приладу для визначення типу та ступеня захворювання.

Альтернатива процедурі

Альтернативою є рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки з введенням контрастної речовини, але воно є менш точним і не дозволяє провести забір тканин та медичне втручання.

Наслідки процедури

Після терапевтичного втручання, особливо видалення поліпа, може знадобитися кількаденне спостереження в умовах стаціонару з виключенням їжі, введенням інфузій та контролем аналізу крові. **В разі виникнення будь-яких проблем після обстеження (біль у животі, ознаки кровотечі тощо) необхідно негайно повідомити про це лікаря!!!**

Можливі ризики обраної процедури

Ускладнення гастроскопії зустрічаються рідко і можуть включати кровотечу після взяття зразка тканини або після медичної процедури, алергічну реакцію на заспокійливу ін'єкцію або оніміння глотки, а у виняткових випадках – прокол досліджуваного органу (перфорацію). Після гастроскопії ви можете відчувати в горлі дряпання або дискомфорт.

Для мінімізації ризику виникнення ускладнень і особливо алергічних реакцій просимо вас відповісти на наступні питання:

Прим.: Обведіть вашу відповідь:

1. У вас є підвищена схильність до кровотеч навіть при невеликих травмах або після видалення зуба?	ТАК	НІ
2. Чи легко у вас з'являються синці на шкірі, або чи є схильність до цього у вашій родині (тільки кровні родичі)?	ТАК	НІ
3. Чи страждаєте ви на сінну лихоманку, бронхіальну астму, підвищену чутливість до харчових продуктів, ліків, пластирів, місцевих анестетиків?	ТАК	НІ
4. Чи страждаєте ви на хронічне захворювання (наприклад, глаукома, епілепсія, астма, діабет, серцева недостатність)? Якщо так, на яке саме:	ТАК	НІ
5. Ви вагітні?	ТАК	НІ

Згода:

Я був(-ла) зрозуміло проінформований(-а) про альтернативи процедурі, які проводиться в Університетській лікарні м. Оломоуць, з яких я можу обирати.	ТАК	НІ
Я був(-ла) проінформований(-а) про можливі обмеження в моєму звичному способі життя та працездатності після проведення відповідної медичної процедури, а в разі можливої або очікуваної зміни стану мого здоров'я – також про зміну моєї придатності за станом здоров'я.	ТАК	НІ
Я був(-ла) проінформований(-а) про схему лікування та профілактичні заходи, які є доцільними, про виконання подальших медичних процедур.	ТАК	НІ
Всі ці пояснення та інформація, надані та роз'яснені мені лікарем, зрозумілі мені, я мав(-ла) можливість задати додаткові запитання, на які лікар мені відповів.	ТАК	НІ

Ознайомившись з вищевикладеною інформацією, заявляю:

- що я погоджуюсь із запропонованим доглядом та проведенням процедури, а в разі непередбачених ускладнень, які вимагають термінового проведення додаткових процедур, необхідних для врятування життя чи здоров'я, погоджуюсь з їх проведенням.	ТАК	НІ
- що я розкрив(-ла) лікарям всю відому мені інформацію про стан мого здоров'я, яка може негативно вплинути на моє лікування або наразити на небезпеку моє оточення, зокрема, поширити інфекційне захворювання.	ТАК	НІ
- що на випадок потреби я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча тощо) для проведення аналізів з метою виключення, зокрема, заразливих захворювань.	ТАК	НІ

Дата	Година	Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)

Ім'я та прізвище лікаря, який надав інформацію	Підпис лікаря, який надав інформацію

Якщо пацієнт неспроможний поставити підпис, зазначте причини, з яких він не зміг це зробити, та як пацієнт виразив своє волевиявлення:

Ім'я та прізвище медичного працівника/свідка	Підпис медичного працівника/свідка	Дата