

Data

Ankieta informacyjna do badania kolonoskopii

Dane pacjenta:

Nazwisko

Imię

Pesel

Planowa procedura/zabieg (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat znacznikiem x)

- KOLONOSKOPIA z pobraniem wycinków i polipektomią w razie potrzeby
- KOLONOSKOPIA z planowaną polipektomią
- Stwierdzam iż pacjent nie przyjmuje leków p-krzepliwych
- Stwierdzam iż pacjent ni jest pod wpływem następujących leków krzepliwych.....
.....INR =.....
- Przewlekłe zakażenia (np: WZW, gruźlica, HIV/AIDS).....

Stwierdzam iż poinformowałem pacjenta o zasadach planowanego badania oraz zabiegu. Poinformowałem również o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania i zabiegu. Stwierdzam, że Pacjent wyraził świadomą zgodę na przeprowadzenie kolonoskopii i zabiegu z tym związanym.

Data

podpis i pieczętka lekarza

Formularz świadomej zgody na kolonoskopię – Oświadczenie Pacjenta**Oświadczam że:**

- ✓ Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem postępowania diagnostycznego/ leczniczego, jego celowości i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku ww. leczenia. Zgadzam się na wykonanie badania kolonoskopii i proponowany zabieg.
- ✓ W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem prowadzącym badanie.
- ✓ Stwierdzam iż uzyskałem/am od lekarza kierującego na zabieg wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania i wyrażam świadomą zgodę oraz proszę o wykonanie kokonoskopii i proponowanego zabiegu.
- ✓ Wyrażam zgodę na podanie leków przeciwbólowych i usypiających przez lekarza anestezjologa.
- ✓ Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie. Zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku procesu diagnostyczno-zabiegowego, min. o zabieg pobierania wycinków, usuwania polipów, tamowania krwawienia.
- ✓ Przyjmuję do wiadomości ze czasem zdarza się nie uzyskać zamierzonego efektu diagnostyczno-zabiegowego pomimo zachowania najwyższej staranności.
- ✓ Oświadczam że podczas wywiadu i badania nie zataiłem żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przebytych badaniach i zabiegach oraz chorób.

Czytelny podpis pacjenta