

Imię i nazwisko:

POLIPEKTOMIA ULOTKA INFORMACYJNA WRAZ ZE ZGODĄ

I Podstawowe informacje

POLIPEKTOMIA - usuwanie polipów przewodu pokarmowego w trakcie przeprowadzanego badania endoskopowego. Polipy można usuwać kleszczykami biopsyjnymi, pętlą „na zimno” lub pętlą diatermiczną. Usuwanie polipów nie jest odczuwalne przez pacjenta – jest całkowicie bezbolesne. Usunięcie polipów o charakterze gruczolaków w jelicie grubym w trakcie kolonoskopii zmniejsza ryzyko rozwoju raka jelita grubego.

II Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej

Polipektomię endoskopową wykonuje się w trakcie badania endoskopowego przewodu pokarmowego, odpowiednio kolonoskopii lub gastroskopii.

- W zależności od wielkości i kształtu polipów do ich usuwania używa się kleszczyków biopsyjnych lub tzw. pętli diatermicznej, którą nakłada się na polip lub jego fragment, zaciska i przepuściwszy przez nią prąd o zdefiniowanym natężeniu i częstotliwości, uzyskuje się zamknięcie naczyń doprowadzających krew do polipa, a następnie jego demarkację (odcięcie).
- Polip jest następnie wydobywany z jelita i w większości przypadków przekazywany do badania mikroskopowego (histopatologicznego).

Sam zabieg usuwania polipa jest niebolesny. W niektórych przypadkach, przy dużych wymiarach polipa bądź jego niekorzystnej konfiguracji, nie udaje się wykonać polipektomii metodą endoskopową w trybie ambulatoryjnym i konieczne jest skierowanie na zabieg w warunkach hospitalizacji.

Przeciwwskazaniem do usunięcia polipów pętlą diatermiczną mogą być wszczepione urządzenia stymulujące serca (rozruszniki, kardiowertery-defibrylatory- ICD). Zaburzenia krzepnięcia, również te spowodowane przez przyjmowane leki przeciwkrzepliwe (Acenokumarol, Sintrom, Xarelto, Pradaxa) mogą zwiększać ryzyko krwawienia po polipektomii (usunięciu polipa).

III Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną

Powikłania związane z polipektomią zależą przede wszystkim od cech usuwanego polipa.

W trakcie polipektomii może wystąpić

- krwawienie.
- perforacja ściany przewodu pokarmowego.
- termiczne uszkodzenie przewodu pokarmowego, które mogą wymagać pilnej interwencji chirurgicznej.

Ryzyko wystąpienia istotnych powikłań, takich jak wymienione powyżej, jest mniejsze niż 1%. Śmiertelność jest niezwykle rzadka.

IV Opis zwiększonego ryzyka powikłań podczas wykonywania badań (zabiegów) w związku ze stanem zdrowia pacjenta i przyjmowanymi lekami – wypełnia pacjent lub lekarz zlecający badanie w warunkach szpitalnych:

Aby ograniczyć do minimum możliwość wystąpienia powikłań prosimy o odpowiedź na następujące pytania (właściwą odpowiedź zaznaczyć kółkiem):

Pytania	odp	odp	Uwagi lekarza
Czy istnieje u pani/pana zwiększona skłonność do krwawienia zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zęba lub skłonność do powstawania sińców po niewielkich urazach	NIE	TAK	
Czy przyjmuje pan/pani leki przeciwkrzepliwe (Sintrom, Acenokumarol, Warfarin, Xarelto, Pradaxa) lub p/łytkowe(Acard, Polocard, Polopiryna, Ticlid, Aclotin, Plavix, Clopidix, Arepelex)	NIE	TAK	

V Oświadczenia pacjenta/ zgoda na zabieg

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL.....

Oświadczam, że zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez lekarza zlecającego/wykonującego* badanie o proponowanym rodzaju diagnostyki i leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej diagnostyki i leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.

Jeżeli ma Pan/Pani* jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej diagnostyki i leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....

.....

data

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury endoskopowej i na usunięcie polipa, pobranie wycinków do badania hist. pat. Zapoznałem/am się z informacjami zawartymi w ulotce i uzyskałem/am od lekarza mającego przeprowadzić badanie odpowiedzi na wszystkie moje pytania.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zatailem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

.....

data

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury endoskopowej z usunięciem polipa.

.....
data

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

.....
(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego* odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu*)

VI POTWIERDZENIE LEKARZA

Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o istocie procedury endoskopowej, jej celu i powikłaniach

.....
data

.....
podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić