Splošna bolnišnica Novo mesto

Organizacijska enota: **Center za endoskopije**
Telefon: **07 39-16-567**

PROSTOR ZA NALEPKO
/Podatki o pacientu/
(nalepka mora vsebovati zgolj naslednje podatke: ime in priimek; ulica in hišna številka; poštna številka in naziv pošte)

PRIVOLITEV V ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU – *GASTROSKOPIJA*

PODATKOVNI DEL

Pacient je prejel kopijo (ustrezno označi):	DA	NE
Posebne zahteve (na primer drugačen jezik / drugačna komunikacijska metoda):		
Odgovorni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki daje pojasnilo:		

POJASNILNI DEL

(izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki ima primerno znanje o predlaganem posegu oziroma zdravstveni oskrbi)

1. Razlog obravnave:

1.1. Glavna diagnoza (šifra MKB):

1.2. Dodatne diagnoze (šifra MKB):

2. Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba (kratka obrazložitev):

Pisno pojasnilo v prilogi

2.1. Način izvedbe oziroma potek:

Pisno pojasnilo v prilogi

2.2. Kakršnikoli dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom (ustrezno označi):

- Transfuzija krvi ali krvnih nadomestkov ☐
- Infuzija tekočin ali aplikacija zdravil za umiritev eventualne alergične reakcije ☐

2.3. Ta postopek bo vključeval (ustrezno označi):

- Lokalno anestezijo (izvaja zdravnik internističnih strok) ☐
- Splošno anestezijo / področno anestezijo / sedacijo (izvaja anesteziolog) ☐
- Pregled anesteziologa, v kolikor bi nastopila težja alergična reakcija ☐

☐ **Priloga: Privolitev za anestezijo**

3. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti:

Pisno pojasnilo v prilogi

4. Pojasnilo o alternativah zdravljenja:

Pisno pojasnilo v prilogi

5. Posledice opustitve predlagane zdravstvene oskrbe:

Pisno pojasnilo v prilogi

6. Kontaktne podrobnosti (če želi pacient razpravljati o različnih možnostih diagnostike in zdravljenja kasneje):

Izjava pojasnjevalca (ustrezno označi):		
Pacientu sem podrobno razložil vsebino rubrik od 1 do 6:	☐ DA	☐ NE
Pacient je na podlagi vprašanj prejel dodatna pojasnila (če jih je pacient zahteval):	☐ DA	☐ NE

Pacient ima na razpolago dodatno gradivo: Podatke o navedenem posegu je možno poiskati na internetnih straneh.
Priimek in ime pojasnjevalca (tiskano):
Poklicni naziv pojasnjevalca (tiskano):
Datum in ura:
Podpis pojasnjevalca:

Izjava prevajalca oziroma tolmača:
Pacientu sem prevajal oziroma tolmačil zgoraj navedene informacije po svojih najboljših sposobnostih in na način, ki verjamem, da ga je zmožen razumeti.
Priimek in ime prevajalca (tiskano):
Poklicni naziv prevajalca (tiskano):
Datum:
Podpis prevajalca:

PRIVOLITVENI DEL

Pacientova izjava o PRIVOLITVI
Strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano na tem obrazcu.
Privolitev dajem **svobodno**.
Razumem pomen in posledice privolitve.
Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.
Razumem, da bom imel priložnost, da se pogovorim o anesteziji z anesteziologom pred postopkom, razen če nujnost mojega stanja to preprečuje (to se lahko nanaša le na paciente, ki potrebujejo splošno ali lokalno anestezijo).
Razumem, da bo kakršen koli postopek poleg teh, navedenih na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.
Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):
Datum in ura:
Podpis pacienta*:

Pacientova prepoved
Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo **nujni** med mojim zdravljenjem. Navajam postopke/posege, **za katere NE želim, da bi bili izvedeni:**

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):
Datum in ura:
Podpis pacienta*:

** V primeru zdravstvene oskrbe otroka, pri čemer se za otroka šteje oseba, ki še ni dopolnila 18 let, razen če je že prej pridobila popolno poslovno sposobnost, privolitev podajo njegovi starši ali skrbnik oziroma skrbnica.*

PRIVOLITEV O PRISOTNOST DRUGIH OSEB

Strinjam se, da so pri zdravstveni obravnavi navzoče naslednje osebe:

Ime in priimek: _____

Razmerje do pacienta: _____

Opombe: _____

SB Novo mesto je **učna ustanova, zato dovoljujem**, da so pri zdravstveni obravnavi prisotne naslednje osebe:

- Študentje ali dijaki izobraževalnih ustanov s področja zdravstva, sociale, farmacije, pedagogike ☐DA ☐ NE Omenitve oziroma druge opombe: _____
- Zdravniki ali drugi strokovnjaki zaradi izpopolnjevanja ali usposabljanja ☐ DA ☐ NE Omenitve oziroma druge opombe: _____
- Druge osebe (predstavniki farmacevtskih družb,….): ☐ DA ☐ NE
- Omenitve oziroma druge opombe: _____

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):

Datum in ura:

Podpis pacienta:

PRIVOLITEV ZA UPORABO PODATKOV V RAZISKAVAH IN ZA IZOBRAŽEVALNE NAMENE

Strinjam se in dovoljujem, da se moji zdravstveni in osebni podatki v anonimizirani obliki uporabijo v zdravstvenoraziskovalnih raziskavah, ki jih izvaja oz. v katerih sodeluje SB Novo mesto, z namenom izboljšanja metod zdravljenja ter spremljanja in analize kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave in privoljujem, da se me **tudi po zaključeni zdravstveni obravnavi kontaktira** (klic, vprašalnik, pregled,…) z namenom preveritve zdravstvenega stanja in nadaljnje analize podatkov.

☐ DA ☐ NE

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):

Datum in ura:

Podpis pacienta:

PRIVOLITEV OZIROMA PREPOVED OBDELAVE OSEBNIH PODATKOV SPOROČANJE INFORMACIJ O ZDRAVSTVENEM STANJU

Dovoljujem obdelavo osebnih podatkov in sporočanje informacij o zdravstvenem stanju:
☐ vsem ☐ naslednjim osebam:

- Ime in priimek, razmerje do pacienta, kontaktni podatki _____
- Ime in priimek, razmerje do pacienta, kontaktni podatki _____
- ☐ **nikomur**

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):

Datum in ura:

Podpis pacienta:

Priloga

GASTROSKOPIJA

Napoteni ste v našo ustanovo za izvedbo **gastroskopije.** Za preiskavo je potrebno vaše soglasje. S tem zapisom in s pogovorom z našim zdravnikom vas želimo seznaniti o posegu, pomenu in kaj lahko pričakujete pred, med in po preiskavi.

Kaj je gastroskopija?

Ezofago-gastro-duodenoskopija (skrajšano gastroskopija) je neposredno gledanje v notranjost zgornjega dela prebavnega sistema. Tanek in upogljiv optični inštrument (gastroskop) uvedemo skozi usta in najprej pogledamo požiralnik, nato še želodec in dvanajstnik. Endoskopski pregled zgornjih prebavil je mnogo bolj natančna preiskava kot kontrastni rentgenski pregled. Gastroskopijo vam bo naredil za to usposobljeni zdravnik.

Priprava na preiskavo

Najmanj 6-8 ur pred preiskavo ne smete jesti in piti, saj hrana v želodci ali dvanjstniku moti preglednost. Po požirkih lahko popijete le malo vode. Povejte zdravniku, če ste preobčutljivi na zdravila ali lokalne anestetike, če imate hemofilijo ali ste nagnjeni k obsežnejšim krvavitvam po manjših poškodbah, če jemljete antikoagulantna ali antiagregacijska zdravila, in ali se zdravite zaradi kakšne druge kronične bolezni.

Kaj lahko pričakujete med gastroskopijo?

Pred pregledom s podpisom potrdite, da se strinjate s preiskavo ter da ste seznanjeni z možnimi zapleti. Zdravnika seznanite z morebitnimi spremljajočimi boleznimi in zdravili, ki jih jemljete.
Pred preiskavo bomo vaše žrelo omrtvili z lokalnim anestetikom. V usta vam bomo dali ustnik zaradi zaščite zob in endoskopa pred ugrizom. Ležali boste na levem boku in v tem položaju vam bo zdravnik uvedel endoskop. Ves čas preiskave lahko normalno dihate skozi nos ali usta. Sline ne požirate, ampak pustite, da teče iz ust na pripravljeno podlogo. Zaradi boljše preglednosti vpihavamo med preiskavo zrak skozi kanal endoskopa. Ves čas preiskave lahko normalno dihate, bolečin ne boste imeli, poseg traja običajno 5-10 minut.

Biopsija: Z drobnimi kleščicami lahko odvzamemo vzorec tkiva za preiskavo ali odstranimo droben polip. Vzorec tkiva nato pregledamo pod mikroskopom (histologija), da natančno ugotovimo naravo bolezenske spremembe. Poseg je neboleč, komplikacij praktično ni.

Polipektomija: Pomeni odstranitev polipa. To napravimo tako, da skozi kanal endoskopa uvedemo zanko, vanjo ujamemo polip in ga v celoti odrežemo z električnim tokom. Odstranjen polip izvlečemo za histološko preiskavo. Drugi endoskopski posegi so še: **ustavitev krvavitve iz razjede ali poškodovanih žil, dilatacije zožitev, odstranitev tujkov.**

Kakšni so možni zapleti pri gastroskopiji?

Zapleti so pri gastroskopiji izjemno redki. Možna je **perforacija – predrtje** prebavil (z endoskopom ali po polipektomiji), zaradi katere je potrebna operacija. **Krvavitev** lahko nastopi predvsem po odstranitvi polipa, zelo redko se zgodi, da pacient zaradi pretiranega spahovanja in nemira med preiskavo zakrvavi na mestu prehoda iz požiralnika v želodec. Krvavitev se ponavadi ustavi spontano, redko so potrebni drugi posegi ali v najslabšem primeru operativno zdravljenje. Drugi manjši zapleti so lahko posledica preobčutljivosti na zdravila, ki ste jih prejeli, ali zapleti s strani vaše osnovne bolezni pridruženih obolenj.

Pred podpisom soglasja je obvezno potrebno izpolniti naslednjo tabelo o jemanju zdravil, ki motijo strjevanje krvi.

	DA	NE		DA	NE		DA	NE
Marevan			**DuoPlavin**			**Efient**		
Sintrom			**Concorasa**			**Eliquis**		
Aspirin			**Klopidogrel Actavis**			**Pradaxa**		
Tagren			**Klopidogrel Teva**			**Xarelto**		
Cardiopirin			**Zyllt**			**Fragmin**		
Andol			**Clopez**			**Fraxiparine**		
Asasantin			**Plavix**			**Clexane**		
Brilique			**Pontius**			**Arixtra**		

Kaj lahko pričakujete po gastroskopiji?
Povedali vam bomo o rezultatih preiskave in predpisali zdravljenje (če bo potrebno). Otrdelost grla traja povprečno pol ure, v tem času ne smete piti in jesti. Rahla bolečina v grlu bo minila sama od sebe, prav tako napetost ali krči. Če smo vam dali pred preiskavo zdravilo za umiritev, tisti dan ne smete voziti avtomobila. V nekaj dneh bomo obvestili vašega zdravnika o rezultatih histološke preiskave.

Kaj če se za gastroskopijo ne odločim?
Brez opravljene preiskave ni možno pojasniti vzroka za težave, zaradi katerih ste bili napoteni na gastroskopijo. Brez poznanega vzroka za težave Vas ne moremo ustrezno zdraviti, kar lahko dolgoročno močno poslabša vaše zdravstveno stanje.

V primeru naslednjih znakov po preiskavi ali posegu je potreben takojšen posvet z vašim zdravnikom:

- **huda bolečina za prsnico ali v trebuhu, trd trebuh,**
- **kri v izbruhanem ali črno lepljivo blato, omotica, kolaps,**
- **vročina in / ali mrzlica**

PROSIMO, DA PRED PODPISOM SOGLASJA ZA PREISKAVO VPRAŠATE ZDRAVNIKA O STVAREH, KI JIH IZ ZGORNJEGA POJASNILA NISTE RAZUMELI, ALI O KATERIH ŽELITE ŠE DODATNA POJASNILA!