

14. Czy choruje Pan / Pani na choroby nowotworowe? TAK NIE
Czy był u Pana / Pani stwierdzony kiedykolwiek nowotwór? Jeśli tak, jaki i kiedy
.....
Czy w rodzinie występują choroby nowotworowe? TAK NIE
Jeśli tak, jakie i u którego członka rodziny:
15. Czy przyjmuje Pan / Pani leki na stałe? TAK NIE
Jeśli tak, proszę wymienić (nazwy, dawki)
16. Czy jest Pan / Pani uczulona na jakieś leki? środki dezynfekcyjne?
Jeśli tak, jakie (proszę wymienić).....
17. Czy stosuje Pan / Pani używki:
Papierosy.....TAK..... NIE.....ilość dziennie.....od ilu lat.....
Alkohol.....TAK.....NIE.....jaki.....objętość tygodniowo.....
Narkotyki.....TAK.....NIE
18. Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE jeśli tak to w którym tygodniu.....
19. Czy karmi Pani piersią? TAK NIE
20. Czy ma Pan / Pani protezę zębową? Ruchome (niestabilne) zęby? TAK NIE
21. Czy był Pan / Pani operowana? TAK NIE
Jeśli tak, to z jakiego powodu i kiedy
22. Czy chorował Pan/ Pani na jakieś poważne choroby zakaźne TAK NIE
Wirusowe zapalenie wątroby B, C, D („żółtaczką”),gruźlica
23. Czy jest Pan / Pani zakażony/-a wirusem HIV? TAK NIE
24. Czy był Pan / Pani szczepiona na wirusowa zapalenie wątroby typu B? TAK NIE
Jeśli tak, kiedy i ile razy
25. Czy w ostatnim okresie czasu (6 miesięcy) był Pan / Pani hospitalizowany? TAK NIE
Jeśli tak, kiedy.....
26. Czy miał pan / Pani wykonane kiedykolwiek przetoczenia krwi lub preparatów
krwiopochodnych? TAK NIE Jeśli tak, kiedy
27. Czy w ostatnim czasie miał Pan / Pani wykonane zabiegi stomatologiczne, tatuaże, czy też
kosmetyczne, podczas których mogło dojść do skaleczenia? TAK NIE
Jeśli tak, jakie

Proszę podać najczęstsze dolegliwości ze strony układu pokarmowego:

Bóle brzucha	Tak	Nie	Lokalizacja:
Brak łaknienia	Tak	Nie	Od kiedy
Spadek masy ciała	Tak	Nie	Od kiedy : ile kg:
Zaparcia stolca	Tak	Nie	Od kiedy: ile razy w tygodniu:
Biegunka	Tak	Nie	Od kiedy: ile razy dziennie:
Krew w/na stolcu	Tak	Nie	Od kiedy:
Wzdęcia brzucha	Tak	Nie	Od kiedy:
Zgaga	Tak	Nie	Od kiedy: ile razy w tygodniu:
Nudności, wymioty	Tak	Nie	Od kiedy: ile razy w tygodniu:
Zaburzenia połykania	Tak	Nie	Od kiedy: stałe / okresowe
Dolegliwości nocne	Tak	Nie	

WAŻNE INFORMACJE DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN DOTYCZĄCE CHORYCH, U KTÓRYCH BYŁA ZASTOSOWANA ANALGOSEDACJA (ZNIECZULENIE)

Po zabiegu w analgosedacji (znieczuleniu) pacjent musi mieć zagwarantowany powrót do domu pod opieką w pełni sprawnej, odpowiedzialnej i pełnoletniej osoby !!!

W ciągu 2 godzin po badaniu w znieczuleniu nie wolno przyjmować pokarmów i płynów.

W ciągu 12 godzin od zabiegu nie wolno:

1. Prowadzić żadnych pojazdów
2. Obsługiwać skomplikowanych urządzeń
3. Spożywać alkoholu
4. Podejmować ważnych decyzji mających skutki prawne
5. Wykonywać jakichkolwiek innych czynności, które wymagają pełnej sprawności psychofizycznej

Przyjąłem/przyjęłam do wiadomości i potwierdzam, że udzieliłem/udzieliłam odpowiedzi zgodnie z posiadaną wiedzą i nie zataiłem/ nie zataiłam żadnych wiadomości mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo przeprowadzanego zabiegu.

Zapoznałem/ zapoznałam się z cennikiem badań i zabiegów endoskopowych, akceptuję warunki finansowe.

Poznań, data.....

Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego.....

ZGODA NA ZABIEG MEDYCZNY W ANALGOSEDACJI.

Ja (imię i nazwisko).....

Wyrażam zgodę na proponowaną procedurę medyczną:

A. **Gastroskopia**

B. **Kolonoskopia**

Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia (analgosedacji).

A. **TAK**

B. **NIE**

Decyzję swoją podjąłem/-am z pełną świadomością, po uzyskaniu przystępnej i zrozumiałej dla mnie informacji o aktualnym stanie mojego zdrowia, przekazanej mi przez lekarza leczącego i po przeprowadzonej konsultacji z lekarzem wykonującym badanie. Przedstawiono mi możliwe procedury diagnostyczne, lecznicze oraz wskazania do przeprowadzenia badań i wdrożenia odpowiedniego leczenia. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach diagnostyczno - terapeutycznych, o stopniu ryzyka, a także możliwych następstwach i powikłaniach proponowanego zabiegu oraz analgosedacji. Miałem/miałem możliwość zadawania pytań. Rozumiem, że przewidywany jest korzystny wynik zabiegu; nie może być on jednak zagwarantowany. W chwili obecnej podpisując ten dokument nie jestem pod wpływem środków zmieniających świadomość. Zespołowi lekarskiemu pozostawiam konieczne do poprawy mojego stanu zdrowia decyzje diagnostyczno-terapeutyczne w trakcie trwania znieczulenia (np. pobranie materiału do badań histopatologicznych, usunięcie polipów, zastosowanie koagulacji argonowej, klipsów metalowych, markerów endoskopowych, itp).

.....

.....

Poznań dnia

Podpis pacjenta (czytelny)

Udzieliłem informacji o proponowanym zabiegu oraz znieczuleniu(wypełnia lekarz).

.....

.....

Poznań dnia

Podpis i pieczęć lekarza wykonującego zabieg

Ciśnienie tętnicze	Tętno	Oddech	Saturacja	Klasa ASA

Pacjent kwalifikuje się do postępowania w trybie ambulatoryjnym.

.....

.....

Poznań dnia

Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa