

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA INWAZYJNEGO

Ja, niżej podpisany/a

imię i nazwisko.....

PESEL.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenia badania endoskopowego: gastrokopii, rektoskopii, kolonoskopii (zaznacz prawidłowe).

1. Oświadczam, że zostałem(am) w sposób wyczerpujący i nie budzący moich wątpliwości poinformowany(a) o celu i sposobie przeprowadzenia badania oraz wszelkim możliwym do przewidzenia, wiążącym się z nim ryzykiem oraz o innych, alternatywnych metodach diagnostycznych.

2. W zakresie ryzyka w szczególności przedstawiono mi ryzyko: wystąpienia reakcji uczuleniowych na środek miejscowo znieczulający (10% Lidocainum), powstania krwiaka lub odczynu zapalnego po ewentualnym założeniu kontaktu żylnego (Venflon), wystąpienia krwawienia lub przerwania ciągłości ściany przewodu pokarmowego.

3. Wyrażam zgodę na pobranie w czasie badania wycinków do badania histopatologicznego lub do wykonania testu ureazowego na obecność zakażenia *Helicobacter pylori*.
W przypadku stwierdzenia obecności polipów zgadzam się na ich endoskopowe usunięcie.

4. Wyrażam zgodę na wykonanie innych, niemożliwych do przewidzenia przed badaniem procedur, koniecznych do usunięcia napotkanych w trakcie badania trudności.

5. Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim zdrowiu, w tym o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

6. Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń przed i po badaniu. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że ich przestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na stan mojego zdrowia

7. Stwierdzam, że miałem(am) możliwość zadawania pytań i uzyskałem(am) wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem(am) się i zrozumiałem(am) informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Rozumiem ryzyko związane z tym badaniem i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mogę cofnąć udzieloną zgodę na każdym etapie badania.

8. Zapoznałem(am) się z cennikiem badań endoskopowych i akceptuję warunki finansowe.

9. Zostałem(am) poinformowany(a) o prawach pacjenta wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2016.0.186).

.....

miejsowość, data

.....

podpis