



ІНФОРМАЦІЯ ТА ЗГОДА НА МЕДИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ

Шановний пацієнт

Вам призначено діагностичне обстеження (можливо, в поєднанні з лікувальним втручанням). Просимо Вас уважно ознайомитися з цією **інформаційною формою щодо запланованого обстеження та можливого терапевтичного втручання і підтвердити свою згоду, підписавши її.**

Навіщо ця листівка?

Ми хотіли б проінформувати Вас про процедуру обстеження, варіанти додаткових втручань і ризику, а також надати Вам можливість поставити запитання. Якщо у Вас виникли питання, будь ласка, зверніться до лікаря - він буде радий відповісти на Ваші запитання.

Як ви можете допомогти мінімізувати ризик ускладнень?

Ретельно дотримуючись інструкцій з підготовки та даючи вичерпні відповіді на наведені нижче запитання:

- | | Так | Ні |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ви тверезі (не їсте протягом 6 годин і не п'єте протягом 2 годин)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ви приймаєте антикоагулянти для розрідження крові?
(Які?: _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Чи приймали ви аспірин, алкацил, тіатрал або подібні знеболювальні протягом останнього тижня?
(Який? _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Чи є у вас порушення згортання крові ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Чи є алергія на ліки? (Яка? _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Чи були ускладнення під час попередніх анестезій та операцій?
(Які? _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Стравохідно-гастро-дуоденоскопія:

Процедура дослідження: поки ви спите, або, за вашим бажанням, після місцевої анестезії горла, через рот в стравохід, шлунок і дванадцятипалу кишку вводиться рухома трубка. Невеликі зразки тканин можуть бути взяті і вилучені для мікроскопічного дослідження.

Ризики: ускладнення рідкісні описані запалення, інфекції, кровотечі або травми (дуже рідкісні, наприклад, перфорація), які дуже рідко можуть призвести до хірургічного втручання. Якщо ви не голодуєте, існує ризик аспірації (потрапляння шлункового вмісту в легені).

Поведінка після обстеження: можливий незначний біль у горлі, відчуття повітря або тиску в шлунку. У разі посилення болю, повторного блювання або проблем з кровообігом негайно повідомте нас, свого сімейного лікаря або найближчу лікарню.

Див. ЗВОРОТ



Аноскопія:

Огляд анального каналу та прямої кишки жорстким інструментом. Залежно від результатів обстеження проводиться видалення тканин. Видалення пухлин або лікування геморою за допомогою інфрачервоної коагуляції або лігатур. У рідкісних випадках після втручання може виникнути біль.

Колоноскопія:

Процедура дослідження: поки ви спите, рухома трубка (ендоскоп) вводиться через анальний отвір в очищену товсту кишку і просувається до гирла тонкої кишки. Невеликі зразки тканин можуть бути взяті і відправлені на мікроскопічне дослідження. Залежно від результатів, одночасно проводиться *видалення поліпів або лікування геморою*.

Ризики: обстеження та забір зразків тканин мають низький рівень ризику. Видалення поліпів/наростів рідко може призвести до кровотечі або пошкодження кишечника (перфорації), лікування яких може потребувати хірургічного втручання. Під час лікування геморою біль і незначна кровотеча в задньому проході можуть тривати до 14 днів (рідко). Погіршення функції сфінктера спостерігається дуже рідко.

Поведінка після обстеження: відчуття тиску в животі (збільшення кількості повітря в кишечнику) може тривати кілька годин. Якщо воно посилюється, або якщо ви відчуваєте додатковий біль у животі, або якщо ви спостерігаєте велику кровотечу з заднього проходу, негайно повідомте про це нас, свого сімейного лікаря або найближчу лікарню.

Седація - сутінковий сон – анестезія

Дзеркальні процедури (за винятком аноскопії) в нашій практиці зазвичай проводяться під седацією (поверхневою анестезією). Серйозні ускладнення, на щастя, трапляються дуже рідко. Ризики є: Синці або подразнення вен канюлею, алергічні реакції, пошкодження зубів, аспірація (потрапляння шлункового вмісту в легені). У день анестезії вам заборонено керувати автомобілем.

Я, що нижче підписався, прочитав і зрозумів цю інформаційну довідку. На всі мої запитання щодо процедури та ризиків лікар відповів зрозуміло і задовольнив мене. Я даю згоду на проведення обстеження.

Місце і дата (заповнює пацієнт):

Підпис пацієнта(ів):

Підпис лікаря:
