

PRZYGOTOWANIE DO GASTROSKOPII

Na kilka dni przed badaniem należy przestać przyjmować leki rozrzedzające krew.

Decyzja o długości przerwy w leczeniu i stosowaniu ewentualnego leczenia pomostowego należy do lekarza kierującego. Nie wymagana jest przerwa w stosowaniu leków Acard i Polocard.

Jeżeli pacjent przyjmuje leki rozrzedzające krew na badanie zgłasza się z aktualnym wynikiem morf. i INR (wynik wykonany nie wcześniej niż 2dni przed badaniem).

Na 2 dni przed badaniem zadzwonić do godz. 14.00 pod numer 56 658 44 22 lub wysłać e-mail pod adres gastrologia@citomed.pl i potwierdzić swoją obecność na badaniu!

W przypadku braku potwierdzenia, badanie zostanie odwołane, by zwolnić termin dla innego pacjenta.

Przed badaniem należy – 8 godzin nie jeść, 5 godzin nie pić.

W dniu badania tj. należy być na czczo (nie jeść, nie pić, nie palić tytoniu, nie żuć gumy, nie brać żadnych leków).

W przypadku potrzeby konsultacji wyniku histopatologicznego z lekarzem gastrologiem, koszt wizyty zgodny z cennikiem Lecznic Citomed.

GASTROFIBEROSKOPIA

Gastrofiberoskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną dla oceny przełyku, żołądka i dwunastnicy. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiedzialnej za chorobę wrzodową i stan zapalny błony śluzowej żołądka i dwunastnicy, a także w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipa lub innych zmian. W przypadku podejrzenia zespołu zaburzenia wchłaniania, wycinek pobierany jest z jelita cienkiego. Ma to zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia.

Badanie jest przeprowadzane zwykle w pozycji leżącej na lewym boku. Po miejscowym znieczuleniu pacjentowi gardła za pomocą Lignocainy w płynie, zakładany jest między szczęki plastikowy ustnik. Następnie wprowadza się gastrofiberoskop do jamy ustnej i gardła badanego, prosząc go o wykonanie ruchu połykowego. Ten moment może być nieprzyjemny dla pacjenta i wywołać u niego uczucie duszenia, wymaga jego współpracy z lekarzem. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut, jest dla pacjenta tylko nieco nieprzyjemne, ale niebolesne. Również pobieranie wycinków jest bezbolesne.

Aparat służący do badania jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem, dlatego zainfekowanie chorego w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby ze zmian chorobowych pobiera się wycinki do badania histopatologicznego. Służą do tego sterylne szczypczyki. W dniu badania pacjent musi być na czczo.

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się niezwykle rzadko. Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, krwawienie, które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Postępowanie po badaniu: przez pół godziny nie należy jeść ani pić. Należy bezzwłocznie poinformować swojego lekarza, jeżeli w ciągu kilku godzin po badaniu wystąpią silne bóle jamy brzusznej, czarny stolec lub inne niejasne dla pacjenta objawy.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/-am się z treścią formularza oraz zostałem/-am poinformowany/-na o proponowanym rodzaju diagnostyki. Oświadczam, iż miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej diagnostyki i otrzymałem/-am na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego badania prosimy o ich wpisanie.

.....
Wyrażam dobrowolną zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury endoskopowej.

Data i czytelny podpis pacjenta

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisana/-y

PESEL Nr dowodu osobistego

Upoważniam/nie upoważniam

Imię i nazwisko

PESEL Nr telefonu

Do odbioru opisu mojego badania:

- gastrokopii kolonoskopii badania histopatologicznego
- do udzielenia informacji o moim stanie zdrowia

.....
Czytelny podpis i data

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Nazwisko i imię

Nr PESEL.....

Adres.....

.....

1. Czy chorował Pan/chorowała Pani na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę?

TAK YES NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

2. Czy miał Pan/miała Pani kontakt z chorym na WZW B, WZW C?

TAK YES NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

3. Czy otrzymywał Pan/otrzymywała Pani zastrzyki, kroplówki, transfuzje?

TAK YES NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

4. Czy miał Pan/miała Pani wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne (biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)?

TAK YES NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

5. Czy był Pan/była Pani szczepiony/-a przeciw żółtaczce?

TAK YES NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

6. Czy miał Pan/miała Pani oceniany antygen HbS i przeciwciała anty-HCV?

TAK YES NIE NO

7. Czy miał Pan/miała Pani wykonywane badania endoskopowe?

TAK YES NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

8. Czy korzystał Pan/korzystała Pani z usług gabinetów stomatologicznych? (ekstrakcja zębów, plomby, usuwanie kamienia nazębnego)

TAK YES NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

9. Czy korzystał Pan/korzystała Pani z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą itp.)

TAK YES NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

Data i czytelny podpis pacjenta

*właściwe podkreślić