

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA FSS

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 tydzień przed badaniem należy **przestać jeść:**

- ziarna na pieczywie i w pieczywie, musli, maku, buraczków, kaszy, kapusty
- owoce pestkowe(winogrono, kiwi)
- warzywa i owoce obierać ze skórki i usuwać pestki
- nie pić kawy sypanej

Na dwa dni robocze przed badania zadzwonić 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.

W dniu badania tj.....pacjent zgłasza się z wlewką – ENEMA (wykonywana będzie przed badaniem przez pielęgniarkę)

Na badanie proszę zabrać skarpety.

Można wypić słodką herbatę lub kawę - 1 szklankę.

PRACOWNIA ENDOSKOPII

LECZNICE CITOMED, 87-100 TORUŃ, ul. M. Skłodowskiej-Curie 73
tel. 566584476, e-mail: gastrologia@citomed.pl

Kolonoskopia

Kolonoskopia jest badaniem endoskopowym pozwalającym na stwierdzenie lub wykluczenie zmian chorobowych w obrębie jelita grubego.

Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania diagnostycznego z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym np. usunięcie polipów, w razie wykrycia tego typu zmian.

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu pacjenta, polegającym na oczyszczeniu jelita z resztek pokarmowych za pomocą doustnych środków przeczyszczających. Badanie wykonywane jest za pomocą giętkiego endoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Zabieg może być okresami bolesny, w celu zmniejszenia dolegliwości stosuje się maść znieczulającą w miejscu wprowadzania aparatu.

Aparat służący do kolonoskopii jest specjalnie dezynfekowany przed badaniem, dlatego zainfekowanie pacjenta w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby ze zmian chorobowych pobiera się wycinki do badania histopatologicznego. Służą do tego celu jednorazowe szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

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.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią formularza oraz zostałem/łam poinformowany/na o proponowanym rodzaju diagnostyki. Oświadczam, iż miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej diagnostyki i otrzymałem/łam 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

Numer telefonu.....

do odbioru opisu mojego badania:

- Gastroskopii
- 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(a) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę? TAK NIE
jeśli tak, kiedy?
2. Czy miał(a) kontakt z chorym na WZW B, WZW C? TAK NIE
jeśli tak, gdzie?
3. Czy otrzymywał(a) zastrzyki, kroplówki, transfuzje?* TAK NIE
jeśli tak, gdzie i kiedy?
-
4. Czy miał(a) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne TAK NIE
(biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)?
jeśli tak, gdzie i kiedy?
-
5. Czy był(a) szczepiony(a) przeciw żółtaczce ? TAK NIE
jeśli tak, ile razy?
6. Czy miał(a) oceniany antygen HbS i przeciwciała anti-HCV? TAK NIE
7. Czy miał(a) wykonywane badania endoskopowe? TAK NIE
jeśli tak, gdzie i kiedy?
-
8. Czy korzystał (a) z usług gabinetów stomatologicznych? TAK NIE
(ekstrakcja zębów, plomby, usuwanie kamienia nazębnego)
jeśli tak, gdzie i kiedy?
-
9. Czy korzystał(a) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, TAK NIE
pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą itp.)
jeśli tak, gdzie i kiedy?

Data i czytelny podpis pacjenta

właściwe podkreślić