

## 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 2 dni 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](mailto:gastrologia@citomed.pl) i potwierdzić swoją obecność na badaniu!!!**  
**W przypadku braku potwierdzenia, badanie zostanie odwołane, by zwolnić termin dla innego pacjenta.**

Posiłki można przyjmować do godz. 18.00 dnia poprzedzającego badanie, do godz. 24.00 można pić niewielkie ilości wody.

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

## PRACOWNIA ENDOSKOPII

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

### 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 godz. nie należy jeść ani pić. Należy bezzwłocznie poinformować swojego lekarza, jeżeli w ciągu kilku godz. po badaniu wystąpią silne bóle jamy brzusznej, czarny stolec lub inne niejasne dla pacjenta objawy.

#### 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.....

Data i czytelny podpis pacjenta

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

Data i czytelny podpis pacjenta

## WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Nazwisko i imię .....

Nr PESEL .....

Adres .....

- |   |         |
|---|---------|
| 1. Czy chorował(a) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę?<br>jeśli tak, kiedy? .....   | TAK NIE |
| 2. Czy miał(a) kontakt z chorym na WZW B, WZW C?<br>jeśli tak, gdzie? .....   | TAK NIE |
| 3. Czy otrzymywał(a) zastrzyki, kroplówki, transfuzje?*jeśli tak, gdzie i kiedy? .....  | TAK NIE |
| .....   |         |
| 4. Czy miał(a) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne<br>(biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)?<br>jeśli tak, gdzie i kiedy? .....        | TAK NIE |
| .....   |         |
| 5. Czy był(a) szczepiony(a) przeciw żółtaczkce ?<br>jeśli tak, ile razy? .....  | TAK NIE |
| 6. Czy miał(a) oceniany antygen HbS i przeciwciała anti-HCV?  | TAK NIE |
| 7. Czy miał(a) wykonywane badania endoskopowe?<br>jeśli tak, gdzie i kiedy? .....   | TAK NIE |
| .....   |         |
| 8. Czy korzystał (a) z usług gabinetów stomatologicznych?<br>(ekstrakcja zębów, plomby, usuwanie kamienia nazębnego)<br>jeśli tak, gdzie i kiedy? .....             | TAK NIE |
| .....   |         |
| 9. Czy korzystał(a) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure,<br>pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą itp.)<br>jeśli tak, gdzie i kiedy? ..... | TAK NIE |

Data i czytelny podpis pacjenta

**właściwe podkreślić**

# 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***