

PRZYGOTOWANIE DO KOLONOSKOPII

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, mak, buraczki, kasze, kapustę, owoce pestkowe (winogrono, kiwi), warzywa i owoce obierać ze skórki i usuwać pestki, nie pić kawy sypanej.

Na 4dni robocze przed datą 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.

Przeddzień badania:

Rano zjeść śniadanie.

Od godz. 13.00 zacząć pić Fortans. Rozpuścić 2 saszetki każdą w 1 litrze wody. Pić co 15 min. szklanekę płynu. W trakcie picia dużo chodzić po mieszkaniu, długo siedzieć na toalecie (po wypróżnieniu 15-20 min.), można dopijać klarowne płyny-woda, soki, herbata. Okolice odbytu można posmarować kremem/maścią ochronną.

W dniu badania

Rozpuścić pozostałe dwie saszetki, każdą w litrze wody. Pić co 15 min. szklanekę. Przestać przyjmować płyny na 2 - godz. przed badaniem.

Zażyć lekarstwa brane na stałe. Na badanie proszę zabrać skarpety . Na badanie proszę zgłosić się z osobą towarzyszącą.

Termin badania.....

Wyznaczona godzina rozpoczęcia badania może ulec przesunięciu,

ponieważ czas trwania badania jest trudny do przewidzenia.

LECNICE 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

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Nazwisko i imię

Nr PESEL

Adres

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

Data i czytelny podpis pacjenta

właściwie 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