

## PISNA PRIVOLITEV BOLNIKA Z RAZLAGO POSEGA GASTROSKOPIJE (ZA AMBULANTNE BOLNIKE)

(Velika nalepka z bolnikovimi podatki)

### SPOŠTOVANI!

Glede na težave, ki jih imate, in doslej znane izvide menimo, da je preiskava potrebna. Za preiskavo je potrebna vaša privolitev in s tem obvestilom vas želimo poučiti o načinu, pomenu in morebitnih zapletih te preiskave.

### Potek preiskave

Gastroskopija je preiskava oziroma pregled požiralnika, želodca in dvanajstnika z gastroskopom – upogljivim optičnim instrumentom, ki ga uvedemo skozi usta v požiralnik, želodec in dvanajstnik in vse natančno pregledamo. Odkrijemo lahko različna vnetja sluznic, razjede (ulkuse) in različne benigne in maligne procese (tumorje). Iz bolezenskih sprememb lahko med preiskavo odvzamemo koščke tkiva z drobnimi kleščicami (biopsija) za pregled v laboratoriju.

Če med preiskavo najdemo polip (večji izrastek na sluznici) ga je potrebno odstraniti z električno zanko (opravimo elektroresekcijo ali polipektomijo).

Preiskava traja približno deset minut, ni boleča in ne ovira dihanja. Pomembno je, da ste med preiskavo sproščeni in ves čas normalno dihate.

### Možne neprijetnosti in zapleti

Zapleti pri sami preiskavi so zelo redki. Odvzem tkiva s kleščicami povzroči le majhno krvavitev, ki se sama hitro zaustavi, razen v primeru, če se zdravite zaradi hemofilije ali ste nagnjeni k obsežnejšim oziroma dolgotrajnejšim krvavitvam.

Zato vas prosimo, da nas pred preiskavo obvestite o vseh znanih boleznih, ki jih imate, in o vseh morebitnih predhodnih operacijah ter zdravilih, ki jih prejimate (zlasti zdravila proti strjevanju krvi).

### Potek po preiskavi

Po posegu lahko takoj uživate hrano in pijačo.

V primeru, da česarkoli niste razumeli ali vas v zvezi s preiskavo kaj zanima, nas vprašajte.

Po eventualni odstranitvi polipov (polipektomiji ali elektroresekciji) je potrebna 24-urna hospitalizacija.

## IZJAVA BOLNIKA, BOLNICE

Dr. \_\_\_\_\_ mi je pojasnil/-a vse podobnosti o predvideni gastrokopiji ter mi je odgovoril/-a na vsa dodatna vprašanja.

Razlago sem razumel/-a. (**Prosimo, obkrožite ustrezno.**)

1. **Soglašam s predlaganim posegom.**

2. **Predlagani poseg odklanjam in sem seznanjen/-a s posledicami te odločitve.**

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis bolnika/bolnice \_\_\_\_\_

**Bolnišnica Golnik je univerzitetna učna ustanova. Prosimo vas za dovoljenje, da pri vašem zdravljenju sodelujejo tudi študentje medicine, zdravstvene nege in drugih zdravstvenih dejavnosti.**

**Strinjam se s tem, da sodelujem v učnem procesu zdravstvenih delavcev.**

1. **DA**

2. **NE**

## INTERNA NAPOTNICA ZA GASTROSKOPIJO

(Izpolnita napotni zdravnik in medicinska sestra.)

Napotni zdravnik: \_\_\_\_\_

Datum naročila preiskave: \_\_\_\_\_

Indikacija za preiskavo \_\_\_\_\_ Datum preiskave: \_\_\_\_\_

Klinični problem, posebne zahteve: \_\_\_\_\_

	<b>DA</b>	<b>NE</b>
Bolnik/bolnica nosi snemno zobno protezo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolnik/bolnica je diabetik na inzulinu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolnik/bolnica je epileptik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolnik/bolnica ima motnje v strjevanju krvi oz. jemlje zdravila, ki vplivajo na strjevanje krvi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katera? <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Marivarin <input type="checkbox"/> NMHeparin <input type="checkbox"/> Drugo: _____		

### Opravljenе preiskave:

Koagulogram: ob predvideni elektrosekciji polipov.    INR:    PČ:

Podpis zdravnice/zdravnika: \_\_\_\_\_