



Imię i nazwisko.....

PESEL.....

METODA ZNIECZULENIA:

W celu przeprowadzenia badania by zwiększyć jego komfort stosuje się znieczulenie miejscowe:

Znieczulenie miejscowe – gastroscopia:

Błonę śluzową jamy ustnej, języka i gardła znieczula się 2% roztworem lidokainy (leku znieczulającego miejscowo). Znieczulenie to objawia się poczuciem zdrętwienia, zesztywnienia, utraty czucia oraz utrudnionym przełykaniem śliny. Może powodować gorzki smak, odruchy wymiotne czy drętwienie jamy ustnej i gardła. Objawy te mijają w ciągu kilkunastu do kilkudziesięciu minut po badaniu. Dlatego też nie zaleca się w tym czasie przyjmowania posiłków.

Przed podaniem posiłku lub napoju najlepiej jest przeprowadzić wstępną próbę polegającą na podaniu niewielkiej ilości wody do picia. Jeśli nie ma uchwytanych trudności w przełykaniu i nie występuje krztuszenie się, można podać inne płyny i pokarm.

Znieczulenie miejscowe – kolonoskopia:

Przed badaniem do odbytu wprowadza się żel znieczulający (lidokainę/lignokainę), którym także smaruje się endoskop. Środek znieczulający pomaga wprowadzić endoskop do jelita. Podczas takiego badania zachowany jest pełny kontakt logiczny, Pacjent wszystko słyszy i widzi, może się komunikować z lekarzem i mieć w ten sposób możliwość informowania go o postępie badania. Takie znieczulenie pomaga wprowadzić endoskop i zmniejsza ból okolicy odbytu i odbytnicy, ale nie znosi odczuwania bodźców bólowych i uczucia rozpięcia brzucha.

Badany w takim znieczuleniu może odczuwać ból.

Zwykle podczas kolonoskopii występuje uczucie pełności w brzuchu, a ból może się pojawić gdy pompuje się gaz do jelita- czasami jest on silny, z reguły przemijający i możliwy do zniesienia i taka forma znieczulenia często jest wystarczająca. Kolonoskopia w znieczuleniu miejscowym jest najbezpieczniejszą formą badania- Pacjent może na bieżąco informować lekarza, jeśli pojawi się ból. W ten sposób zmniejsza się ryzyko perforacji jelita. W przypadku pojawienia się bólu można zastosować manewry, mające na celu jego zmniejszenie. Jeśli ból jest nie do wytrzymania, badanie należy przerwać i wykonać je w znieczuleniu ogólnym w innym terminie, ewentualnie zaplanować inne niż kolonoskopia badanie. Po badaniu w znieczuleniu miejscowym można powrócić do normalnej aktywności zaraz po badaniu, nie ma konieczności pozostawania na obserwacji w pracowni. Najczęściej można pić i wrócić do normalnej diety chwilę po badaniu.

Możliwe powikłania po zastosowaniu znieczulenia:

Większość z nich ma charakter lekkich i przejściowych dolegliwości nie powodujących trwałych następstw dla Pacjenta, do najczęstszych zalicza się:

- może się zdarzyć reakcja nadwrażliwości na tę substancję, ale występuje ona bardzo rzadko.

Uczulenie na lidokainę/lignokainę należy bezwzględnie zgłosić lekarzowi przez badaniem.

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Zapoznałem/łam się uważnie z przedstawionymi informacjami o znieczuleniu, możliwych powikłaniach oraz zaleceniach i **wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania kolonoskopii / gastrokopii* w znieczuleniu miejscowym:**

Data:

Podpis Pacjenta:

* niepotrzebne skreślić



ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA DO ZABIEGÓW ENDOSKOPOWYCH (W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM)

Wypełnia Pacjent. Dla pełnego bezpieczeństwa przeprowadzenia badania prosimy o podanie zarówno w rozmowie z lekarzem jak i przez zaznaczenie w niniejszej ankiecie informacji o istniejących lub przebytych chorobach. Prosimy o dokładne przeczytanie

ankiety i odpowiedź na zawarte w niej pytania. Właściwą odpowiedź należy zakreślić.

Imię i nazwisko:

PESEL

Czy w przeszłości przeprowadzano u Pani/Pana operacje żołądka, jelita, serca lub płuc?	TAK	NIE
Czy rozpoznano u Pani/Pana wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, zakażenie wirusem HIV lub inną chorobę zakaźną?	TAK	NIE
Czy przeprowadzano szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby?	TAK	NIE
Czy zażywa Pani/Pan leki obniżające krzepliwość krwi np. Acenocumarol, Syncumar, Sintrom, Warfin, Aspiryna, Polocard, Acard, Bestpirin, Ticlid, zastrzyki z heparyną lub inne leki zmniejszające krzepliwość krwi?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na skazę krwotoczną powodującą np. częste krwawienia z nosa, przedłużone krwawienie po niewielkich zranieniach, zasinienia bez przyczyny lub po niewielkim urazie, niedokrwistość? Czy w rodzinie występuje hemofilia?	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani/Pana alergię lub uczulenia na leki (antybiotyki/leki przeciwbólowe), jakie?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na chorobę serca, układu krążenia lub płuc (np. wada serca, przebyty zawał serca, zaburzenia rytmu serca, bóle w klatce piersiowej, nadciśnienie tętnicze, przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma oskrzelowa, choroba wieńcowa, tętniak aorty)?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan wszczepioną endoprotezę stawu, stymulator serca lub inny sztuczny implant?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na przewlekłe choroby (zaćma, padaczka, niedowłady neurologiczne)?	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan cukrzykiem? Przyjmuje insulinę?	TAK	NIE
Czy wykonywano już u Pani/Pana gastroscopię/kolonoskopię?	TAK	NIE
Czy stwierdzono w ówczas chorobę wymagającą leczenia lub kontroli?		
Czy pojawiły się wówczas powikłania lub inne niepokojące objawy?		
Dotyczy kobiet: Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Leki przyjmowane obecnie (proszę podać nazwę):	TAK	NIE

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Data Podpis Pacjenta: