



ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ / ФГДС / С ДИАГНОСТИЧНА ЦЕЛ

1. ОПИСАНИЕ НА ПРОЦЕДУРАТА:

Това е изследване с гъвкав уред – гастродуоденоскоп, който се въвежда в храносмилателния тракт през устата, като проникването става по естествения път на храната. Последователно се оглеждат хранопровода, стомаха, началната част на тънкото черво.

Манипулацията може да се осъществи с или без анестезия.

При необходимост, по време на манипулацията може да се вземе малко парченце тъкан / биопсия / от лигавицата на изследвания участък, което не е свързано с неприятни усещания от страна на пациента.

2. ПОКАЗАНИЯ ЗА ФГДС:

- Възпалителни заболявания на горния отдел на стомашно – чревния тракт /хранопровод, стомах, дванадесетопръстник/.
- Функционални смущения на стомашно – чревния тракт.
- Неопластични заболявания на стомашно – чревния тракт.

3. ВЪЗМОЖНИ РИСКОВЕ И УСЛОЖНЕНИЯ:

Обичайно манипулацията се понася добре от пациента и е безопасна.

Неприятните усещания при въвеждане на гастродуоденоскопа в устната кухина са свързани с естествени рефлексии. Много рядко могат да настъпят:

- Болка, сърцебиене, прилошаване.
- Алергична реакция при използване на анестетици – локални или общи.
- Описани са единични случаи в световната практика на перфорация на оглежданите органи.

Ако в резултат на извършваното изследване настъпят усложнения, ще Ви бъде осигурено адекватно лечение до пълно възстановяване.

4. АЛТЕРНАТИВНИ МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО:

Алтернатива на ФГДС е рентгеноконтрастното изследване на стомашно-чревния тракт с бариева суспензия.

5. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО:

ФГДС може да бъде преустановена във всеки момент от извършването при състояния, застрашаващи здравето на пациента, а също така и при нежелание за продължаване от страна на пациента.

СЪГЛАСИЕ ЗА МЕДИЦИНСКА ПРОЦЕДУРА

Т

Д

А

1. С настоящето съгласие упълномощавам лекуващите ме лекари да извършат следната медицинска процедура:
.....
2. В случаи на необходимост от извършването на други медицински процедури в хода на лечението ми, упълномощавам лекуващите ме лекари по тяхна преценка да извършат подходящата процедура в интерес на моето здраве, освен в следните случаи:
.....
.....
3. Съгласен съм да се прилагат анестетиците, които са необходими или препоръчани от анестезиолога с изключение на:
.....
4. Същността на заболяването, целта на процедурата, възможните алтернативни методи на лечение, резултатите и възможните рискове и усложнения са ми обяснени от лекаря. На моите въпроси относно възможните изходи се отговори задоволително.
5. Аз съзнавам, че медицината не е точна наука и потвърждавам, че няма гаранции относно резултатите от медицинската процедура.
6. Всички отстранени тъкани могат да бъдат на разположение на болницата за изследване, съгласно обичайната практика, включително и за научни проучвания, освен в следните случаи:
.....
.....

ПОДПИС НА ПАЦИЕНТА:.....

Декларирам, че персонално съм обяснил на пациента естеството на заболяването, медицинските процедури, които ще се извършат, включително и рисковете и алтернативните методи на лечение.

ДАТА:.....

ПОДПИС НА ЛЕКАРЯ:.....

Допълнителен лист към ИЗ №.....

ДОКУМЕНТ №2

ЛИСТ ЗА ПРЕДОПЕРАТИВНА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ И ПРЕЦЕНКА

Име.....

год.....

ЕГН.....

И.З.№.....

Клиник.....

отделе.....

Лекува.....

Диагноза.....

I. Въпросник за пациента:

| Опериран(а) ли сте досега? | | Вид упойка (местна,обща) | |
|--|------|--------------------------|----|
| Кога | Къде | Операция | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА | | | |
| | | | ДА |
| | | | НЕ |
| 1.Имали ли сте проблеми с анестетиците (упойката)? | | | X |
| 2. Лекувани ли сте някога в реанимация (интензивно отделение)? | | | X |
| 3.Имате ли придружаващи заболявания? | | | X |
| 4. Алергия - към храни, прах, полени, лекарства: (като се посочват по възможност точно) | | | X |
| 5. Прием на лекарства в момента - какви? Тригемс, Тримеке | | | X |
| 6. Прием на лекарства в миналото - какви? | | | X |
| 7. Привикнали ли сте към: | | | |
| Алкохол | | | X |
| Тютюнопушене | | | X |
| Наркотици | | | X |
| 8. Страдате ли от заболявания на ЦНС? | | | |
| Прекара ли сте инсулт? | | | X |
| Имате ли парези? | | | X |
| Имали ли сте травми на главата? | | | X |
| 9. Страдате ли от заболявания на периферната нервна система? | | | X |
| Имате ли миастения гравис? | | | X |
| Имали ли сте гърчове и с какво сте се лекувал? | | | X |
| 10. Боледувате ли от психични заболявания? | | | X |
| 11. Имате ли заболявания на дихателната система? | | | X |
| Повишена температура през последните две седмици | | | X |
| Хрема, болки в гърлото, кашлица | | | X |
| Имате ли задух? | | | X |
| Имате ли хроничен фарингит или ларингит, промяна в гласа | | | X |
| Имате ли бронхиална астма | | | X |
| Имате ли бронхит или пневмония | | | X |
| Прекарвали ли сте туберкулоза или друго белодробно заболяване? | | | X |
| 12. Имате ли заболявания на сърдечно - съдовата система? | | | |
| Високо артериално налягане и с какво го лекувате? Тригемс | | | X |
| Прекарвали ли сте инфаркт и кога? | | | X |
| Имате ли ритъмни нарушения и с какво ги лекувате? | | | X |
| Имате ли сърдечен стимулатор (пейсмеикър)? | | | X |

| ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА | ДА | НЕ |
|---|----|----|
| Оплаква ли сте се от стягащи болки в сърцето? | | X |
| 13. Имате ли заболяване на черния дроб? | | X |
| Пожълтявали ли сте някога? | | X |
| Прекарвали ли сте вирусен хепатит? | | X |
| Имате ли цироза? | | X |
| 14. Имате ли бъбречно заболяване? | | X |
| 15. Имате ли заболяване на опорно - двигателния апарат? | | X |
| 16. Боледувате ли от диабет (Захарна болест)? | | X |
| 17. Имате ли анемия или друго кръвно заболяване ? | | X |
| 18. Боледувате ли от глаукома, имате ли проблеми със зрението? | | X |
| 19. Боледува ли ли сте от инфекциозни заболявания? | | X |
| 20. Боледува ли ли сте от венерическо заболяване? | | X |
| 21. Боледувате ли от СПИН? | | X |
| 22. Боледувате ли от язва? | | X |
| 23. Кървите ли продължително при нараняване? | | X |
| 24. Извършвано ли Ви е кръвопреливане, имало ли е усложнения? | X | X |
| 25. Имате ли подвижни (клатещи се) зъбни протези, имате ли клатещи се зъби? | X | X |
| 26. Имате ли рязка промяна в телесното телло? | | X |
| 27. Оплаквате ли се от склонност към гадене и повръщане? | | X |
| 28. Ако сте жена, бременна ли сте (кърмите ли)? | | |
| 29. Ако сте жена, ползвате ли противозачатъчни средства? | | |

II. Физикален преглед:

Артериално налягане.....Пулс.....Дихателна честота.....Темп.....
 Сърце:.....Бели дробове (дишане).....
 Дихателни пътища.....
 Крайници.....
 Други.....

III. Лаборатория: Hgb.....Htc.....Кр. Захар.....
 Кр. урея.....Креатинин.....Общ белтък.....
 Електролити: Na.....K.....Ca.....Cl.....
 ЕКГ.....
 Ro - графии.....
 Други.....

Анестезиологичен риск - ASA клас:(в точки)

ASA I: (0-1) - пациенти в добро здраве. Включва най – лекия контингент болни, без доказани органични съпътстващи заболявания.

ASA II: (2-3) - пациент със системно заболяване в лека до средна форма. Органични заболявания, невяляещи върху основните функции.

ASA III: (4-7) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, ограничаващо неговата активност, но без да го инвалидизира. Клинично значими заболявания.

ASA IV: (8-15) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, водещо до инвалидност и/или заплашващо живота му - категория с животозастрашаващи придружаващи страдания.

ASA V: (>16) - "Морибунден пациент" при който очакваната продължителност на живота е до 24 часа със или без операция.

"E" - Ако се налага оперативна интервенция по спешност, към съответния клас се прибавя "E" (Emergency).

Доклад от клиничен преглед и подготовка за анестезия:

Анестезиолог :

(подпис)

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА:

Декларирам, че съм съгласен/а да бъда опериран/а с регионална или обща анестезия, като ми

Име.....

Подпис

За [REDACTED] стандарт "Анестезия и Интензивно лечение" регламентиран със заповед на Министъра на Здравеопазването №РД 09-511 от 19.07.2001 г и съобразно специфичните нуждите и особености на лечебното заведение.