**INFORMACJA**

**O ENDOSKOPOWEJ POLIPEKTOMII**

**Imię i nazwisko pacjenta:……………………………………………………..**

Zabieg, który Pani/Panu proponujemy, wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję, z niniejszej ulotki oraz ewentualnej rozmowy z lekarzem, dowie się Pani/Pan o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego zabiegu.

**Dlaczego proponujemy Pani/Panu ten zabieg?**

Na podstawie wykonanych dotychczas badań, stwierdzono u Pani/Pana istnienie polipa/polipów przewodu pokarmowego. Doniesienia naukowe i wieloletnie obserwacje potwierdzają, że pozostawiony polip, nawet będący łagodnym nowotworem, może zezłośliwieć. Można temu zapobiec przez wykonanie polipektomii, czyli wycięcie polipa. Istnieją dwa sposoby wykonania tego zabiegu: (1) chirurgiczny (poprzez przecięcie powłok brzuch) oraz (2) endoskopowy (endoskopowa elektroresekcja, np. z użyciem pętli diatermicznej). Proponujemy usunięcie polipa techniką endoskopową.

**Przeprowadzenie zabiegu**

Podczas badania endoskopowego, po uwidocznieniu polipa, lekarz endoskopista ocenia możliwości techniczne wykonania zabiegu i dobiera metodę polipektomii w zależności od wielkości, budowy i lokalizacji polipa.

Jedną z metod jest zarzucenie pętli na polipa lub jego szypułę oraz odpalenie polipa, przepuszczając przez pętlę prąd elektryczny. Czasami konieczne jest usuwanie polipa po kawałku, co dotyczy zwłaszcza większych zmian (tzw. technika ,,kęsowa”). Następnie wyjmuje się polipa i przesyła go do oceny histopatologicznej. Należy podkreślić, że zabiegi polipektomii są niebolesne, a ewentualne zgłaszane przez pacjenta dolegliwości bólowe są wynikiem rozprężenia przewodu pokarmowego powietrzem.

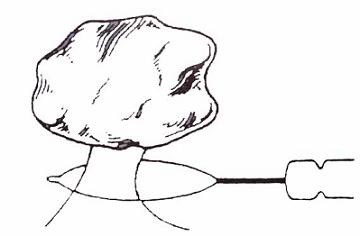
**Możliwe powikłania**

Powodzenia zabiegu, jak również jego zupełnego bezpieczeństwa, nie może zagwarantować żaden lekarz. W trakcie polipektomii może zdarzyć się krwawienie, przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego bądź jej termiczne zranienie, które mogą wymagać natychmiastowej operacji. Ryzyko wystąpienia takich powikłań jest mniejsze niż 1%, a śmiertelność niezwykle rzadka.

**Postępowanie po badaniu**

Po badaniu, lekarz wykonujący badanie udzieli szczegółowych zaleceń dotyczących przyjmowania posiłków w zależności od rodzaju wykonanych zabiegów. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Proszę pytać, jeśli cokolwiek jest dla Pani/Pana niezrozumiałe albo chce Pani/Pan wiedzieć więcej o badaniu, wymienionych wyżej powikłaniach bądź innych problemach związanych z proponowanym zabiegiem.



**Oświadczenie pacjenta**

**ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG ENDOSKOPOWY**

Oświadczam, że:

* zapoznałem/-am się z treścią tego formularza, proponowanym zabiegiem oraz potencjalnymi zagrożeniami (krwawienie, perforacja), a treści w nim zawarte są dla mnie w pełni zrozumiałe i zgadzam się na proponowany zabieg endoskopowy;
* zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie, jeśli sytuacja by tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej;
* zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza wykonującego zabieg lub lekarza anestezjologa, jeśli wymagałby tego mój stan zdrowia;
* udzieliłem/-am lekarzowi prawdziwych i możliwie dokładnych informacji odnoście mojego stanu zdrowia.

Data i podpis pacjenta……………………………………………………………………

Data i podpis lekarza……………………………………………………………………..

Ewentualne uwagi pacjenta……………………………………………………………….