

## ANKIETA PRZED BADANIEM SIGMOIDOSKOPII

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania

| Pytanie                                                                                                         | tak | nie | komentarz |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----------|
| Jeśli przyjmuje Pan/Pani stale leki wpływające na krzepnięcie, to jakie i kiedy przyjęta została ostatnia dawka |     |     |           |
| Czy ma pan/pani wszczepiony rozrusznik serca lub kardiowerter                                                   |     |     |           |
| Jeśli ma Pan/Pani uchyłki jelita grubego to czy przebył Pan/Pani zapalenie uchyłków w ostatnich 2 miesiącach    |     |     |           |
| Czy przebył Pan/Pani w ostatnich 2 miesiącach zabiegi operacyjne na jamie brzusznej                             |     |     |           |
| Czy ma Pan/Pani nieprawidłowe wyniki badań krwi? Jeśli tak to jakie                                             |     |     |           |
| Czy ma Pan/Pani aktualnie chorobę infekcyjną?                                                                   |     |     |           |
| Proszę wymienić wszystkie przebyte zabiegi operacyjne na jamie brzusznej                                        |     |     |           |
| Proszę wymienić swoje przewlekłe choroby                                                                        |     |     |           |
| Jeśli jest Pan/Pani uczulona na leki proszę wymienić jakie                                                      |     |     |           |
| Proszę wymienić stosowane przewlekłe leki                                                                       |     |     |           |

Data i Podpis Pacjenta

### ZGODA PACJENTA NA BADANIE ( wypełniana w dniu badania w obecności lekarza endoskopisty )

Ja..... lat..... pesel.....

Potwierdzam, że zapoznałam się z ulotką informacyjną o sigmoidoskopii **druk nr 4** na temat wskazań, przeciwwskazań, przebiegu i przygotowania do badania oraz możliwych powikłaniach.

Potwierdzam, że uzyskałam/am w dniu dzisiejszym od lekarza mającego przeprowadzić badanie odpowiedzi na wszystkie moje pytania.

Wyrażam dobrowolną zgodę na badanie sigmoidoskopii i w razie konieczności na dodatkowe procedury endoskopowe, takie jak pobranie wycinków do badania hist.-pat. i polipektomię (usunięcie polipa). Wyrażam również zgodę na zastosowanie w razie potrzeby środków uspokajających i p/bólowych

Data i godz

Podpis pacjenta

### POTWIERDZENIE LEKARZA

Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o istocie badania, jego celu i możliwych powikłaniach i wyraził na nie dobrowolną zgodę

Data i godz

podpis lekarza

