

ANKIETA PRZED BADANIEM KOLONOSKOPII

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 uczulony/a 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 kolonoskopii **druk nr 3** 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 kolonoskopii 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

