

Информированное согласие на проведение эндоскопии желудочно-кишечного тракта

Объяснение процедуры

Прямое получение изображений желудочно-кишечного тракта с помощью инструмента с источником света называют эндоскопией ЖКТ. Ваш врач порекомендовал вам пройти это обследование. Представленная далее информация должна помочь вам понять причины для проведения таких процедур и их возможные риски.

Во время обследования выстилку вашего желудочно-кишечного тракта тщательно осмотрят с помощью гибкого эндоскопа (в сочетании с биопсией, фотографированием, удалением полипов, инъекционным лечением или без них). Образцы тканей могут быть отправлены на изучение в лабораторию, чтобы установить, присутствуют ли в них аномальные клетки. Если будут замечены небольшие выросты (полипы), их могут удалить.

Основные риски и осложнения эндоскопии желудочно-кишечного тракта

Эндоскопия желудочно-кишечного тракта обычно связана с низким уровнем риска. Однако все указанные ниже осложнения являются возможными и могут привести к госпитализации и дополнительным финансовым издержкам, за оплату которых будете отвечать вы (пациент). Ваш врач обсудит с вами частоту этих осложнений, если вы захотите, уделив особое внимание вашим показаниям к проведению эндоскопии желудочно-кишечного тракта.

ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ОСТАВШИЕСЯ БЕЗ ОТВЕТА ВОПРОСЫ О ВАШЕЙ ПРОЦЕДУРЕ, ВЫ ДОЛЖНЫ ЗАДАТЬ ИХ СВОЕМУ ВРАЧУ.

1. **ПЕРФОРАЦИЯ.** Прохождение инструмента может привести к травмированию стенки желудочно-кишечного тракта с возможным вытеканием содержимого ЖКТ в полость тела. Если такое произойдет, обычно требуется операция для закрытия отверстия и/или дренирования этой области.
2. **КРОВОТЕЧЕНИЕ.** Если происходит кровотечение, обычно оно является осложнением биопсии, удаления полипов или дилатации. Лечение этого осложнения может заключаться в наблюдении, повторном проведении вашей процедуры для контроля кровотечения, переливании крови, проведении операции или радиологической процедуры. Если во время процедуры будет замечено кровотечение, могут быть использованы методы для его контроля, включая, помимо прочего, тепловую коагуляцию, установление зажимов, введение лекарственных средств.
3. **РЕАКЦИИ НА СЕДАЦИЮ / ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА.** Применение любых лекарственных средств связано с рисками. К таким рискам могут относиться легкое воспаление вены в месте введения, тошнота и/или рвота, аллергические реакции на вводимые лекарственные препараты, судороги или в редких случаях осложнения со стороны сердца и/или дыхательной функции.
4. **ПРОПУЩЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ИЛИ НЕПОЛНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ.** Ваш врач сделает все возможное, чтобы выявить все полипы, образования и злокачественные опухоли. Но всегда есть шанс, что одно или несколько образований могут быть пропущены из-за того, что они скрыты в складке кишечника или в остатках стула. Ваш врач приложит все усилия для завершения обследования в полном объеме, но иногда это невозможно в связи с особенностями анатомии или дискомфортом.
5. **ДРУГИЕ РИСКИ.** К дополнительным рискам относятся осложнения от других заболеваний, которые уже могут у вас быть, или повреждение зубов / стоматологических конструкций. В редких случаях может произойти травма селезенки (абразивное повреждение или рассечение селезенки), когда эндоскоп проходит по изгибу кишки рядом с селезенкой, что может привести к госпитализации, необходимости переливания крови и даже проведения операции. Неисправность оборудования и смерть являются крайне редкими рисками, но их минимальную вероятность нельзя полностью исключить. Вы должны уведомить своего врача обо всех своих аллергических реакциях и медицинских проблемах.

Альтернативы эндоскопии желудочно-кишечного тракта: хотя эндоскопия ЖКТ является чрезвычайно безопасным и эффективным способом обследования желудочно-кишечного тракта, она не дает 100-процентной точности в диагностике. В небольшом проценте случаев результатом может быть отсутствие диагноза или неправильный

Инициалы пациента Patient Initials: _____

диагноз. Иногда доступны другие диагностические или терапевтические процедуры, например лабораторные анализы, терапевтическое лечение, рентген и хирургическое вмешательство. Вы также можете выбрать вариант отказа от диагностических исследований и/или лечения. Ваш врач может обсудить с вами эти варианты.

Краткое описание эндоскопических процедур

1. **СЕДАЦИЯ И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:** внутривенное введение лекарственных средств перед процедурой и во время нее для достижения состояния расслабления и комфорта, достаточного для улучшения переносимости процедуры.
2. **ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия, или гастроскопия):** исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).
3. **ДИЛАТАЦИЯ ПИЩЕВОДА:** растягивание (при необходимости) узких участков пищевода с использованием расширяющих трубок или баллонов.
4. **ЭНТЕРОСКОПИЯ:** исследование тонкой кишки. Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).
5. **ГИБКАЯ СИГМОИДСКОПИЯ:** исследование анального отверстия, прямой кишки и левой стороны толстой кишки. Иногда может быть исследована вся толстая кишка (это называется колоноскопией). Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).
6. **КОЛОНОСКОПИЯ:** исследование всей толстой кишки или ее части. Пациенты старшего возраста и пациенты с обширным дивертикулитом более склонны к осложнениям. Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).
7. **ДИЛАТАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ:** растягивание (при необходимости) узких участков толстой кишки с использованием расширяющих трубок.
8. **ИЛЕОСКОПИЯ:** обследование нижнего отдела тонкой кишки (подвздошной кишки) через выполненную человеку илеостому. Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).
9. **ПАУЧОСКОПИЯ:** исследование подвздошно-анального мешка. Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).

Согласие. Я даю разрешение на введение лекарственных средств, которые могут быть сочтены желательными или необходимыми для моего комфорта, благополучия и безопасности. Я даю согласие на получение и публикацию любых сделанных снимков для использования в целях развития медицинского образования. Я подтверждаю, что понимаю информацию об эндоскопии желудочно-кишечного тракта. Мне предоставили полную информацию о рисках и возможных осложнениях моей процедуры, а также дали возможность задать любые вопросы своему врачу. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной как пациентом о моей истории болезни, проблемах, принимаемых препаратах, питании и приеме жидкостей, верна. Я также понимаю, что ответственный взрослый человек должен сопровождать меня домой после выписки из центра эндоскопии. Я понимаю, что игнорирование этой рекомендации может создать для меня риск, если возникнут проблемы и о них не будет сообщено. Настоящим я даю разрешение и согласие:

Имя и фамилия врача Physician Name: _____

и любому лицу, которое он/она может назначить своим ассистентом, на проведение в отношении меня следующего:

Процедуры Procedure (s):

- Колоноскопия с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Colonoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Esophagogastroduodenoscopy (EGD) with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- Гибкая сигмоидоскопия с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Flexible Sigmoidoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- Энтероскопия с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Enteroscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- Илеоскопия с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Ileoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- Паучоскопия с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Pouchoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- Другое Other: _____

Если во время этой процедуры возникнут какие-либо непредвиденные обстоятельства, требующие (по мнению врача) дополнительных процедур, лечения или операций, я уполномочиваю его/ее выполнить любые действия, которые он/она сочтет желательными, включая сердечно-легочную реанимацию и перевод в местную больницу. Я понимаю, что мое предварительное распоряжение, если оно предоставлено центру, будет отправлено больнице в случае моего перевода. Я осознаю, что практическая медицина и хирургия не являются точными науками, и подтверждаю, что мне не было дано каких-либо гарантий касательно результата данной процедуры.

Подпись пациента или

законного представителя:

Patient or Legal Representative Signature

Дата:

Date

Время:

Time

Подпись свидетеля:

Witness Signature

Дата:

Date

Время:

Time

Подпись переводчика:

Interpreter Signature

Дата:

Date

Время:

Time