

# PRZYGOTOWANIE DO BADANIA FSS

Na kilka dni przed badaniem należy przestać przyjmować leki rozrzedzające krew. Decyzja o długości przerwy w leczeniu i stosowaniu ewentualnego leczenia pomostowego należy do lekarza kierującego. Nie wymagana jest przerwa w stosowaniu leków Acard i Polocard. Jeżeli pacjent przyjmuje leki rozrzedzające krew na badanie zgłasza się z aktualnym wynikiem **morfologii i INR** (wynik wykonany nie wcześniej niż 2 dni przed badaniem)

**Na tydzień przed badaniem należy przestać jeść:**

- ziarna na pieczywie i w pieczywie, musli, maku, buraczków, kaszy, kapusty;
- owoce pestkowe (winogrono, kiwi);
- warzywa i owoce obierać ze skórki i usuwać pestki;
- nie pić kawy sypanej.

**Na dwa dni robocze przed badaniem zadzwonić pod numer 56 658 44 22 lub wysłać e-mail pod adres [gastrologia@citomed.pl](mailto:gastrologia@citomed.pl) i potwierdzić swoją obecność na badaniu! W przypadku braku potwierdzenia, badanie zostanie odwołane, by zwolnić termin dla innego pacjenta.**

**W dniu badania tj. .... pacjent zgłasza się z wlewką – ENEMA (wykonywana będzie przed badaniem przez pielęgniarkę).**

Na badanie proszę zabrać skarpety.

Można wypić słodką herbatę lub kawę – 1 szklankę.

W przypadku potrzeby konsultacji wyniku histopatologicznego z lekarzem gastrologiem, koszt wizyty zgodny z cennikiem Lecznic Citomed.

## KOLONOSKOPIA

**Kolonoskopia** jest badaniem endoskopowym pozwalającym na stwierdzenie lub wykluczenie zmian chorobowych w obrębie jelita grubego. Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania diagnostycznego z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym np. usunięcie polipów, w razie wykrycia tego typu zmian.

**Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu pacjenta**, polegającym na oczyszczeniu jelita z resztek pokarmowych za pomocą doustnych środków przeczyszczających. Badanie wykonywane jest za pomocą giętkiego endoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Zabieg może być okresami bolesny, w celu zmniejszenia dolegliwości stosuje się maść znieczulającą w miejscu wprowadzania aparatu.

**Aparat służący do kolonoskopii jest specjalnie dezynfekowany przed badaniem**, dlatego zainfekowanie pacjenta w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby ze zmian chorobowych pobiera się wycinki do badania histopatologicznego. Służą do tego celu jednorazowe szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

**Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza.** Powikłania zdarzają się niezwykle rzadko. Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, krwawienie, które zwykle wymagają natychmiastowej operacji.

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/-am się z treścią formularza oraz zostałem/-am poinformowany/-na o proponowanym rodzaju diagnostyki. Oświadczam, iż miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej diagnostyki i otrzymałem/-am na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego badania prosimy o ich wpisanie.

.....  
**Wyrażam dobrowolną zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury endoskopowej.**

Data i czytelny podpis pacjenta .....

## UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisana/-y .....

PESEL ..... Nr dowodu osobistego .....

**Upoważniam/nie upoważniam**

Imię i nazwisko .....

PESEL ..... Nr telefonu .....

### Do odbioru opisu mojego badania:

- gastrokopii                       kolonoskopii                       badania histopatologicznego
- do udzielenia informacji o moim stanie zdrowia

.....  
Czytelny podpis i data

# WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Nazwisko i imię .....

Nr PESEL.....

Adres.....

.....

1. Czy chorował Pan/chorowała Pani na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę?

TAK YES  NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

2. Czy miał Pan/miała Pani kontakt z chorym na WZW B, WZW C?

TAK YES  NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

3. Czy otrzymywał Pan/otrzymywała Pani zastrzyki, kroplówki, transfuzje?

TAK YES  NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

4. Czy miał Pan/miała Pani wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne (biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)?

TAK YES  NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

5. Czy był Pan/była Pani szczepiony/-a przeciw żółtaczce?

TAK YES  NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

6. Czy miał Pan/miała Pani oceniany antygen HbS i przeciwciała anty-HCV?

TAK YES  NIE NO

7. Czy miał Pan/miała Pani wykonywane badania endoskopowe?

TAK YES  NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

8. Czy korzystał Pan/korzystała Pani z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcja zębów, plomby, usuwanie kamienia nazębnego)

TAK YES  NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

9. Czy korzystał Pan/korzystała Pani z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą itp.)

TAK YES  NIE NO

Jeśli tak, kiedy?.....

Data i czytelny podpis pacjenta .....

\*właściwe podkreślić

# UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisana/-y .....

PESEL .....

Nr dowodu osobistego .....

Upoważniam/nie upoważniam:

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Numer telefonu.....

Do odbioru opisu mojego badania:

gastrokopii

kolonoskopii

badania histopatologicznego

Do udzielania informacji o moim stanie zdrowia.

.....

Czytelny podpis i data