

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU COLONOSCOPIE

1. Datele pacientului	Numele și prenumele	
	Domiciliul/reședința	
	CNP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Reprezentantul legal al pacientului*	Numele și prenumele	
	Domiciliul/reședința	
	Calitatea	
	CNP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ – pentru art. 8 alin. (3)-(5) din OMS nr. 482/2007

- Colonoscopia** este examinarea intestinului gros sub controlul vederii, utilizând un aparat flexibil și subțire care preia imagini din interiorul intestinului și le redă pe monitor. Cu ajutorul acestui aparat (colonoscop) se pot vizualiza anomaliile sau leziunile prezente la nivelul colonului (intestin gros), obținându-se informații în plus față de utilizarea tehnicii radiologice (irigografie). Examinarea durează 15 – 60 minute. Informați medicul dacă aveți alergii la medicamente sau alte contraindicații. Este recomandat ca în momentul prezentării pentru efectuarea unei colonoscopii, să aveți la dumneavoastră o electrocardiogramă și rezultatul probelor de coagulare.
- În timpul unei colonoscopii se pot preleva biopsii din leziunile evidențiate**, pentru ca țesuturile bolnave să poată fi examinate la microscop.
- Complicațiile colonoscopiei.** Colonoscopia poate aduce unele complicații datorită medicației (antispastice, anestezie generală, alergii la medicamente) sau datorită manevrelor pentru rezecarea endoscopică a unor polipi (sângerare, perforație). Se poate produce perforație și în prezența unor diverticuli. Frecvența complicațiilor este de sub 1 la 1000 de examinări.
- După examinare**, rămâneți în apropiere 60 de minute, iar dacă vi s-a administrat medicație sedativă, nu aveți voie să conduceți mașina timp de 2 ore și nici să luați decizii importante. Dacă după examinare aveți dureri abdominale, scaune cu sânge, informați de urgență medicul.
- Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neefectuării acestei explorări**, precum și a celorlalte operațiuni terapeutice, mi-au fost explicate pe înțelesul meu.
- Mi s-au prezentat **riscurile asociate**, precum și **riscurile imprevizibile**. Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul examinării este spre binele meu.
- În cazul în care în timpul intervenției apar situații și condiții neprevăzute**, accept ca medicul desemnat să acționeze în baza pregătirii sale profesionale în consecință, doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale și numai în interesul meu personal și înspre binele meu.

<p>I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ (numele și prenumele medicului care efectuează explorarea) și enumerate mai sus și ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA ACESTEI EXPLORĂRI.</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>_____ Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea explorării</p>	<p>II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ (numele și prenumele medicului care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului efectuării explorării și ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA EXPLORĂRII.</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>_____ Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea explorării</p>
--	--

III. În cazul pacientului major, cu discernământ, fără capacitate de a scrie sau a citi:

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele medicului/asistentului medical), în calitate de martor, confirm că prezentul formular, a fost citit de către _____ (numele și prenumele medicului care a informat pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal acordul pentru efectuarea explorării/
 refuzul pentru efectuarea explorării, fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: _____

Data: ____/____/____

Semnătura martorului