

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU ENDOSCOPIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ (EDS)

1. Datele pacientului	Numele și prenumele	
	Domiciliul/reședința	
	CNP	
2. Reprezentantul legal al pacientului*	Numele și prenumele	
	Domiciliul/reședința	
	Calitatea	
	CNP	

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

- Endoscopia digestivă superioară** reprezintă metoda prin care se examinează esofagul, stomacul și duodenul.
- Examinarea se realizează cu ajutorul endoscopului**, care este un tub flexibil, de calibru redus, care se introduce în cavitatea bucală și de aici în esofag, stomac, duoden, fără a jena respirația. Introducerea aparatului poate provoca senzația de greață. Această senzație se poate diminua, însă, prin anestezia cu spray de Xilină pulverizat în fundul gâtului. Sunteți rugat(ă) să semnați medicului dacă sunteți alergic(ă) la unele substanțe, mai ales Xilina, utilizată și în anesteziile stomatologice (la dentist).
- În timpul endoscopiei, dacă este indicație, se pot lua biopsii.** Fragmentul de biopsie se poate preleva dacă există leziuni sau pentru depistarea infecției cu *Helicobacter pylori*, germen care participă la apariția leziunilor gastrice sau duodenale.
- Complicațiile endoscopiei digestive superioare** – sunt extrem de rare la persoanele fără afecțiuni cardiace sau respiratorii semnificative (1 la 10000 examinări) și constau în mici sângerări și ulcerări ale mucoasei. Ele sunt complet vindecabile. Dacă după examinare aveți dureri, scaune negre, vărsături, 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.

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.**

Data: ____/____/____

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea explorării

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.**

Data: ____/____/____

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea explorării

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