

**PACIENTA APTAUJA PIRMS ENDOSKOPIJAS UN
INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA ENDOSKOPIJAI**

Pacienta vārds, uzvārds: _____

Personas kods _____ Datums: _____

Sūdzības vai veselības traucējumi _____

Svara zudums: nav / ir: _____ kg _____ mēnešu laikā Nespēks: nav / ir _____

Asiņošana no zarnas vai asiņu piejaukums fēcēm: nav / ir _____

Medikamenti, kurus lieto regulāri _____

Lūdzu, atbildiet uz jautājumiem liekot “+” attiecīgajā ailītē (“Jā” vai “Nē”). Ja nesaprotat jautājumu vai nevarat precīzi atbildēt, lietojiet “?”.

Vai Jums ir bijušas vai pašlaik ir:	Jā	Nē	Piezīmes
Alerģiska reakcija uz Lidokaīnu			
Kuņģa zarnu trakta operācijas			kurā gadā:
Grūtniecības, ķeizargrieziens, ginekoloģiskas operācijas			kurā gadā:
Barības vada, kuņģa, divpadsmitpirkstu zarnas slimības			
Resnās un/vai taisnās zarnas slimības			
Žultspūšļa un/vai žultceļu slimības			
Aizkuņģa dziedzera slimības			
Aknu slimības, tai skaitā hepatīts			
Plaušu un citu elpceļu slimības, tai skaitā bronhiālā astma, hronisks bronhīts			
Sirds-asinsvadu slimības, tai skaitā sirds kaite, stenokardija, miokarda infarkts, sirds ritma traucējumi, sirds asinsvadu stenti, šunti, sirds stimulatori, protēzes			
Cukura diabēts			
Vairogdziedzera slimības			
Smadzeņu asinsrites traucējumi, insults (trieka), galvas traumas			
Epilepsijas lēkmes			
Citas slimības			
Ja izmeklējuma laikā Jums tiks atklāti polipi, vai piekrītat papildus manipulācijai (polipektomijai)? Veicot maksas izmeklējumu, par šo manipulāciju tiks ņemta atsevišķa samaksa, saskaņā ar Slimnīcas cenrādi.			
! Iespējamās komplikācijas un riski:	- asiņošana (< 0,1 % izdarot biopsijas) - kuņģa barības vada un divpadsmitpirkstu zarnas plīsums (0, 1 %) - alerģiska reakcija no vietējās anestēzijas līdzekļa		

! Pacientam pēc augsta risku terapeitisko manipulāciju veikšanas nepieciešams palikt dienas stacionārā, atteikšanās gadījumā nepieciešams parakstīt atteikuma formu.
Apliecinu, ka man ir sniegta informācija par gaidāmo procedūru, riskiem un sekām. Man bija iespēja uzdot jautājumus. Esmu apmierināta/-s ar atbildēm uz tiem un paredzētajai procedūrai PIEKRĪTU

Pacients/likumiskais pārstāvis:

Ārsts:

vārds, uzvārds, paraksts

vārds, uzvārds, paraksts

datums, laiks

datums