

.....  
Pieczęć jednostki kierującej

.....  
Miejscowość

.....  
Data



## SKIEROWANIE DO PRACOWNI ENDOSKOPII SZPITAL SPECJALISTYCZNY DUCHA ŚWIĘTEGO W SANDOMIERZU



RODZAJ BADANIA / ZABIEGU ENDOSKOPOWEGO: .....

Pacjent: ..... PESEL: .....  
Imię i Nazwisko

Adres: ..... Tel. ....

Podstawa skierowania: .....  
Rozpoznanie Kod ICD 10

Istotne dane kliniczne, cel badania: .....

.....  
.....  
.....  
.....

\*Czy pacjent otrzymuje leki wpływające na krzepliwość krwi? **TAK NIE**  
Przed każdym badaniem / zabiegiem endoskopowym (z wyjątkiem stanów nagłych zagrażających życiu) doustny lek obniżający krzepliwość krwi musi zostać zastąpiony heparyną drobnocząsteczkową.  
Lekarz prowadzący kurację przeciwzakrzepową dokonuje zamiany:

..... na ..... w dawce ..... od dnia .....  
Lek doustny Heparyna drobnocząsteczkowa

W dniu badania / zabiegu endoskopowego należy wstrzymać się z podaniem heparyny drobnocząsteczkowej.  
Decyzję co do jej podania w tym dniu podejmie lekarz prowadzący badanie / zabieg endoskopowy.  
**Uwaga: w stanach zagrażających życiu konieczne jest pilne oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi.**

\* Czy u pacjenta występują schorzenia mogące stanowić istotne pogorszenie stanu w trakcie badania / zabiegu endoskopowego? **TAK NIE**

padaczka, udar mózgu, przebyty zawał serca, niestabilizowane nadciśnienie tętnicze, skaza krwotoczna, tętniak,  
inne: .....  
Proszę określić

\*Czy z wywiadu uzyskanego od pacjenta wynika, że pacjent jest nosicielem chorób zakaźnych? **TAK NIE**

.....  
Proszę podać jakich

Pacjent został poinformowany przez lekarza kierującego o celu, sposobie, inwazyjności i występowaniu możliwych powikłań badania / zabiegu endoskopowego. Pacjent wyraża pisemną zgodę na przeprowadzenie badania / zabiegu endoskopowego. Pisemna zgoda zostaje dodatkowo złożona w historii choroby.

.....  
Podpis pacjenta

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

### Uwaga!

Obłożnie choremu w czasie transportu z oddziału szpitalnego (a zwłaszcza w trakcie powrotu na oddział po zabiegu endoskopowym) musi towarzyszyć pielęgniarz. Pacjentowi w stanie ciężkim (niewydolność krążeniowo – oddechowa itp.) powinien towarzyszyć lekarz.

### Wymagane skierowania:

badanie / zabieg endoskopowy u pacjenta w trakcie hospitalizacji – skierowanie ze szpitala  
badanie / zabieg endoskopowy u pacjenta z lecznictwa otwartego (także pacjenta po hospitalizacji) – skierowanie z lecznictwa otwartego

## DO WYPEŁNIENIA W PRACOWNI ENDOSKOPII

Sandomierz .....  
Data

Pieczęć Pracowni Endoskopii

### **ŚWIADOMA ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA / ZABIEGU ENDOSKOPOWEGO**

Pacjent potwierdza, że został poinformowany o celu, inwazyjności i występowaniu możliwych powikłań badania / zabiegu endoskopowego określonego w skierowaniu.

Czy w przypadku stwierdzenia w trakcie badania

konieczności pobrania wycinków do badania histo-patologicznego, usunięcia polipa, zatamowania krwawienia, innych czynności diagnostycznych i leczniczych

pacjent wyraża zgodę na wykonanie takich czynności?

**TAK NIE**

Pacjent oświadcza, że w trakcie rozmowy z lekarzem kierującym i z lekarzem wykonującym badanie / zabieg endoskopowy – nie zataił żadnej ważnej informacji dotyczącej jego zdrowia, przebytych i aktualnych chorób i przyjmowanych leków.

.....  
Podpis pacjenta

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza wykonującego badanie / zabieg endoskopowy