

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ЭНДОСКОПИИ КИШЕЧНИКА (КОЛОНОСКОПИИ)

Уважаемая пациентка, уважаемый пациент!

Обследование толстой кишки длится от 15 до 30 минут и позволяет более точно определить причины Ваших жалоб.

По желанию может быть проведена седация («успокаивающий укол») или анестезия.

После проведения обследования пациент должен находиться под наблюдением в течение 30-60 минут, а в течение 24 часов рекомендуется воздержаться от управления автомобилем, обслуживания опасных станков или принятия важных решений. Целесообразно прийти на процедуру с сопровождающим лицом или воспользоваться такси.

Колоноскопия проводится в положении лежа, чаще всего на левом боку, с помощью гибкого видеоскопа, который осторожно вводится в анус. Одновременно с этим вводится воздух для раскрытия полых органов и постановки точного диагноза.

В ходе безболезненного взятия образцов ткани или иссечения полипов можно документировать все процессы в цветном формате.

Опасно ли данное обследование?

Благодаря чрезвычайно тонким видеоскопам эндоскопия кишечника представляет собой в настоящее время рутинное обследование с незначительным риском осложнений. Тем не менее, могут возникнуть нежелательные повреждения, кровотечения, перфорация с воспалением брюшины, которые могут представлять опасность для жизни и, возможно, потребовать оперативного лечения. В редких случаях имеют место аллергические реакции на медикаменты с затрудненным дыханием или нарушениями сердечного ритма, требующие проведения реанимационных мероприятий (оживления).

Нужно ли соблюдать специальную диету?

За неделю до обследования рекомендуется исключить из рациона питания продукты из цельного зерна, виноград, киви, болгарский перец и помидоры, в остальном, соблюдение специальной диеты не требуется.

АНКЕТА

Ответьте, пожалуйста, честно на следующие вопросы:

Страдаете ли Вы сердечно-сосудистым заболеванием? ДА / НЕТ

Носите ли Вы электрокардиостимулятор? ДА / НЕТ

Страдаете ли Вы каким-либо заболеванием легких? ДА / НЕТ

Страдаете ли Вы повышенным артериальным давлением (гипертонией)? ДА / НЕТ

Страдаете ли Вы каким-либо заболеванием крови (дефицит фактора)? ДА / НЕТ

Страдаете ли Вы какой-либо инфекцией (гепатитом / ВИЧ)? ДА / НЕТ

Выявлено ли у Вас неврологическое заболевание (эпилепсия)? ДА / НЕТ

Есть ли у Вас аллергия на медикаменты или латекс? ДА / НЕТ

Заявление о согласии:

Я проинформирован(-а) о способе проведения планируемого обследования, я ознакомился(-ась) о рисках и возможных осложнениях. Настоящим я даю согласие на планируемое обследование, а при необходимости на осуществление дополнительных мер.

Населенный пункт, дата, время:

Пациент:

Врач: