PACIENTA APTAUJA PIRMS ENDOSKOPIJAS UN INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA ENDOSKOPIJAI

Pacienta vārds, uzvārds: _____

Personas kods _____

Pacienta numurs [i] _____ 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			

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:

_____
vārds, uzvārds, paraksts

_____
datums, laiks

Ārsts:

_____
vārds, uzvārds, paraksts

_____
datums

[i] Pacientiem, kuriem nav piešķirts LR personas kods

ОПРОС ПАЦИЕНТА ПЕРЕД ПРОЦЕДУРОЙ ЭНДОСКОПИИ И ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ ЭНДОСКОПИИ

Имя, Фамилия пациента _____

Персональный код _____ Дата _____

Номер пациента [i] _____

Жалобы, проблемы со здоровьем: _____

_____

_____

Потеря веса: нет /есть: _____ кг в течении _____ месяца/ев Бессилие: нет /есть

Кровотечение из кишечника или примесь крови в фекалиях: нет /есть

Медикаменты, которые применяете регулярно _____

_____

_____

Пожалуйста, ответьте на вопросы, поставив "+" в соответствующей графе ("Да" или "Нет"). Если вы не понимаете вопрос или вы не можете точно ответить, используйте "?".

У Вас была или в данный момент есть:	Да	Нет	**Примечания**
Аллергическая реакция на лидокаин			
Операции на желудочно-кишечном тракте			В каком году:
Беременность, кесарево сечение, гинекологические операции			В каком году:
Заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки			
Заболевания толстой и/или прямой кишки			
Заболевания желчного пузыря и/или желчных протоков			
Заболевания поджелудочной железы			
Заболевания печени, включая гепатит			
Заболевания легких и других дыхательных путей, включая астму, хронический бронхит			
Сердечно-сосудистые заболевания, в том числе стенокардия, инфаркт миокарда, аритмия, сердечно-сосудистые стенты, шунты, кардиостимуляторы, протезы			
Сахарный диабет			
Заболевания щитовидной железы			
Нарушения мозгового кровообращения, инсульт, черепно-мозговые травмы			
Эпилепсия			
Другие заболевания			

Я подтверждаю, что мне предоставлена информация о предстоящей процедуре, рисках и последствих. У меня была возможность задать вопросы, я удовлетворён ответами на них, и ДАЮ СОГЛАСИЕ на запланированную процедуру.

Пациент/законный представитель пациента

_____
имя, фамилия, подпись

_____
дата, время

Врач:

_____
имя, фамилия, подпись

_____
дата