ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ../../….

Ο υπογράφων δηλώνω ότι μετά τη λήψη του ιατρικού μου ιστορικού από το Γαστρεντερολόγο μου έγινε περιγραφή και έχω κατανοήσει πλήρως όλα όσα μου αναλύθηκαν για την ένδειξη, τη φύση, και τον τρόπο διενέργειας της Γαστροσκόπησης στην οποία συναινώ να υποβληθώ αλλά και τους πιθανούς κινδύνους και επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν.

Συγκεκριμένα μου αναλύθηκαν διεξοδικά τυχόν συμβάματα η επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν που ενδεικτικά είναι:

Εισρόφηση τροφών η γαστρικών υγρών στις αναπνευστικές οδούς (σπανιότατα)

Σε περίπτωση χορήγησης καταστολής παροδικός ερεθισμός στην φλέβα, αλλεργία στο φάρμακο και σπανιότατα καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές

Σε επεμβατικές Γαστροσκοπήσεις (πχ. αφαίρεση πολύποδα) μικρός κίνδυνος αιμορραγίας η διάτρησης

Παρέχω χωρίς επιφύλαξη τη συγκατάθεσή μου ενυπόγραφα στον Ιατρό Γαστρεντερολόγο …………

* να με υποβάλλει στη Γαστροσκόπηση και σε όποια συμπληρωματική ενέργεια (πχ λήψη βιοψίας) η παρέμβαση κρίνει απαραίτητη σύμφωνα με τους κανόνες και τις κατευθυντήριες οδηγίες της Επιστήμης
* να μου χορηγήσει ενδοφλέβια καταστολή με η χωρίς χρήση αντιδότου σύμφωνα με το ισχύον νομικό πλαίσιο και τα επιστημονικά πρωτόκολλα

O ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΑΜΚΑ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ