

OPIS BADANIA

Endoskopia kapsułkowa jest bezprzewodową metodą endoskopowego badania przewodu pokarmowego, w szczególności jelita cienkiego, niedostępnego w badaniu gastroscopowym i kolonoskopowym. Badanie zalecane jest osobom, u których nie rozpoznano choroby będącej przyczyną dolegliwości, mimo wykonanych badań kolonoskopii i gastrokopii.

W trakcie badania nie ma możliwości pobrania wycinków błony śluzowej jelita do badania histopatologicznego, wykonania polipektomii (wycięcia polipów).

Kapsułkę endoskopową, która jest wielkości dużej tabletki, połyka się popijając wodą.

Podczas przechodzenia przez przewód pokarmowy kapsułka wykonuje tysiące zdjęć, co pozwala uzyskać obraz jelita cienkiego.

W czasie badania nie odczuwa się żadnych dolegliwości, można wykonywać typowe codzienne czynności, jednakże należy unikać intensywnych ćwiczeń.

Po rozpoczęciu badania można pić wodę niegazowaną (minimum 1 szklanka co godzinę), posiłki można spożywać po 4 godzinach od połknięcia kapsułki (zaleca się zacząć od zup lub przecierów).

Ze względu na konieczność przyklejenia elektrod do klatki piersiowej, należy unikać kąpieli.

Kapsułka zostaje wydalona z organizmu po 24-48 godzinach w sposób naturalny.

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Powikłania po badaniu kapsułką endoskopową zdarzają się niezwykle rzadko, związane są z niedrożnością przewodu pokarmowego. Ryzyko utknięcia kapsułki w przewodzie pokarmowym oceniane jest na mniej niż 1%.

Proszę poinformować lekarza, jeżeli w trakcie badania odczulibyście Państwo bardzo silny ból jamy brzusznej lub inne niepokojące objawy (np. gorączka).

W celu zmniejszenia do minimum wystąpienia powikłań prosimy o odpowiedź na następujące pytania*:

- | | | | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Czy występują u Pana/Pani choroby przewlekłe?
Jakie?..... | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2. | Czy przyjmuje Pan/Pani leki?
Jakie? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 3. | Czy jest Pani w ciąży? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 4. | Czy ma Pan/Pani wszczepiony stymulator serca? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

POSTĘPOWANIE PO BADANIU

Badanie nie wymaga żadnego specjalnego postępowania po jego zakończeniu.

ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE KAPSUŁKĄ ENDOSKOPOWĄ OŚWIADCZENIE PACJENTA

Nazwisko i imię:

PESEL lub data urodzenia:

Oświadczam, iż:

- zapoznałem się z zasadami planowanego badania, jego celowością oraz z potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku badania;
- wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania.