

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BIOPSJI CIENKOIGŁOWEJ

Kielce, dnia

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Przebieg zabiegu

BAC jest to biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana. Oznacza to nakłucie powierzchownie położonych narządów cienką igłą w celu pobrania materiału do badania. Badanie to może być wykonywane pod kontrolą ultrasonografii (USG). W większości przypadków nie ma potrzeby znieczulenia miejscowego. Biopsja jest specjalistyczną metodą diagnostyki, pozwalającą na ocenę mikroskopową, zmienionych chorobowo tkanek w obrębie narządów położonych powierzchownie: tarczycy, ślinianek, węzłów chłonnych, zmian tkanki podskórnej, piersi, itp. Materiał pobrany w czasie biopsji cienkoigłowej jest poddawany ocenie lekarza patomorfologa pod mikroskopem.

Postępowanie po badaniu

Należy silnie ucisnąć miejsce nakłucia przez 5 minut (przy zaburzeniach krzepnięcia 10 minut) aby zapobiec powstaniu krwiaka.

Informacje, które należy zgłosić wykonującemu badanie:

1. Przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych (rozrzedzających krew) tj: pochodne kwasu acetylosalicylowego (aspiryna, polopiryna, acard itp.), acenocumarolu, warfaryny bądź plavix, xarelto;
2. Skłonność do krwawień.
3. Uczulenia na zewnętrzne środki odkażające.
4. Uczuleniach na środki farmaceutyczne czy znieczulające.

Możliwe powikłania

Częste – dyskomfort w miejscu wkłucia, niewielki ból, zasinienie skóry

Rzadkie – krwiak, infekcja, reakcje alergiczne skóry na środki dezynfekcyjne, objawy wegetatywne jak spadek ciśnienia tętniczego i omdlenie (szczególnie u osób nietolerujących widoku krwi, igieł, strzykawek)

Opis możliwych następstw rezygnacji z zabiegu

Badanie, które proponujemy wymaga Pana(i) świadomej, dobrowolnej pisemnej zgody. Jest to zabieg diagnostyczny. Konsekwencją niewyrażenia zgody na przeprowadzenie procedury będzie brak możliwości postawienia diagnozy, oceny zaawansowania klinicznego choroby, prognozowania przebiegu choroby, oceny progresji i regresji choroby. Odmowna Pana(i) decyzja może skutkować niepodjęciem właściwego leczenia, czy też zagrożeniem życia.

Oświadczenia

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że:

- 1) Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na badanie diagnostyczne – biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG dotyczącą zmiany w (podać lokalizację zmiany).
- 2) Wyrażam zgodę na znieczulenie uznane za konieczne lub wskazane przez lekarza lub inną osobę działającą pod kierunkiem lekarza.
- 3) Zostałam(łem) wyczerpująco i zrozumiale poinformowana(y) o celu badania, które zostanie wykonane, jak również możliwych powikłaniach i korzyściach badania. Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.
- 4) Udzieliłam(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(-em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie: mojego ogólnego stanu zdrowia.
- 5) Zobowiązuje się do ścisłego przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich związanych z samym zabiegiem i całym procesem leczenia, zawartych w niniejszym oświadczeniu.

.....
czytelny podpis pełnoletniego pacjenta / opiekuna prawnego
/przedstawiciela ustawowego pacjenta

.....
czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat

Oświadczenie Lekarza

Oświadczam, że pacjentowi zostały przedstawione szczegóły planowanej biopsji oraz możliwe zagrożenia i powikłania mogące wystąpić w przebiegu lub wyniku zabiegu.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Nie wyrażam zgody na proponowany mi zabieg. Zostałam/łam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Kielce, dnia

.....
czytelny podpis pełnoletniego pacjenta / opiekuna prawnego
/przedstawiciela ustawowego pacjenta

.....
czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat