

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ

Kielce, dnia

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Przebieg zabiegu

Biopsja gruboigłowa ma charakter inwazyjny i jest wykonywana w celu pobrania materiału tkankowego do badania histopatologicznego. Biopsja wykonywana jest pod kontrolą USG. Przed badaniem należy poinformować lekarza o wszystkich zażywanych lekach, szczególnie tych zmniejszających krzepliwość krwi. Po dezynfekcji skóry wprowadza się za pomocą cienkiej igły podskórnie środek znieczulający. Następnie lekarz wprowadza igłę biopsyjną, cały czas śledząc tor igły na monitorze USG pobiera tkankę z diagnozowanego ogniska. Pobranych zostaje kilka próbek badanej tkanki. Dzięki tej metodzie można postawić ostateczne rozpoznanie histopatologiczne. Dodatkowo, w przypadku rozpoznania procesu złośliwego, w opisie badania histopatologicznego znajdziemy informacje dotyczące stopnia złośliwości, markerów proliferacji itp., które są istotne dla wyboru dalszej metody leczenia (chirurgiczne, chemioterapie, hormonoterapie, radioterapie).

Postępowanie po badaniu

W celu uniknięcia powstania krwiaka w miejscu wkłucia należy założyć plaster i opatrunek uciskowy, który można zdjąć po około 1 godzinie.

Informacje, które należy zgłosić wykonującemu badanie:

1. Przyjmowanie leków przeciwkrzepliowych (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, wystąpienie stanu zapalnego (ropnia), 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 gruboigłowa 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) Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich związanych z samym zabiegiem i całym procesem leczenia, zawartych w niniejszym oświadczeniu.
- 6) **Oświadczam, iż wyrażam zgodę** na wykonanie badania genetycznego/molekularnego z materiału pobranego w trakcie badania w przypadku zaistnienia takiej konieczności.

.....
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