Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM – 3/8
	ZGODA NA BIOPSJĘ CIENKOIGŁOWĄ PŁUCA I ŚCIANY KLATKI PIERSIOWEJ	Wydanie II z dnia 21.02.2020r.
		Strona 1 z 2

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA BIOPSJĘ CIENKOIGŁOWĄ PŁUCA I ŚCIANY KLATKI PIERSIOWEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ……
PESEL ……

Cel i przebieg badania

Lekarz wyjaśnił dokładnie, że w związku z moją chorobą konieczne jest wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej. Cienka igła jest używana do pobierania próbek tkanki (biopsja) z płuc i ściany klatki piersiowej.
Przed biopsją konieczne jest wykonanie rtg klatki piersiowej i tomografii komputerowej płuc, celem dokładnej oceny wielkości oraz położenia zmiany wymagającej diagnostyki.
Przed badaniem, może być konieczne, wykonanie kontrolnych badań krwi oraz wykonanie testów spirometrycznych.
Może istnieć konieczność podania leków znieczulających, ale w trakcie badania pacjent jest przytomny. Badanie wykonywane jest w pozycji leżącej.
Igła wprowadzana jest pod kontrolą tomografu komputerowego.
W trakcie prowadzania igły może być odczuwalny ból i dyskomfort. Lekarz wykonujący badanie kontroluje położenie igły, używając promieni rentgenowskich.
Po wprowadzeniu igły pobierany jest materiał, przekazywany następnie do oceny histopatologicznej.
Po zakończonym badaniu, igła zostaje usunięta z płuca oraz wykonywana jest ocena radiologiczna płuc po zabiegu.
.

<u>Jeżeli po badaniu pojawi się uczucie duszności koniecznie poinformuj o tym lekarza.</u>

Możliwe powikłania:

minimalne:

a) promieniowanie tomografu komputerowego

niewielkie:

b) krwawienie z miejsca wkłucia

średnie:

c) często odma opłucnowa:
w trakcie usuwania igły może powstać otwór w powierzchni płuc umożliwiający wydostanie się powietrza do jamy opłucnej (przestrzeń pomiędzy płucami a ścianą klatki piersiowej), co może doprowadzić do zapadnięcia się płuca. W większości przypadków otwór ten zamyka się samoistnie, ale niekiedy może być konieczne wykonanie drenażu opłucnej, co może przedłużyć czas hospitalizacji,

d) krwioplucie - zwykle niegroźne,

ciężkie ale bardzo rzadkie:

e) zapalenie płuc i opłucnej,

f) zator powietrzny:
w trakcie badania powietrze poprzez nakłute naczynie krwionośne może przedostać się do serca powodując zawał lub do mózgu wywołując udar,

g) pilna operacja torakochirurgiczna

h) zgon

Ciężkie powikłania oraz opcje diagnostyki i leczenia:

Lekarz wyjaśnił mi istniejące ryzyko ciężkich powikłań i ewentualne metody ich leczenia
Zostałem również poinformowany o ryzyku wynikającym z odstąpienia od wykonania tego badania.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM – 3/8
	ZGODA NA BIOPSJĘ CIENKOIGŁOWĄ PŁUCA I ŚCIANY KLATKI PIERSIOWEJ	Wydanie II z dnia 21.02.2020r.
		Strona 2 z 2

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Stwierdzam że:
Zostałem poinformowany o stanie mojego zdrowia i proponowanym badaniu, istniejącym ryzyku badania oraz ewentualnego znieczulenia.
Otrzymałem informację o alternatywnych metodach diagnostycznych oraz ich ryzyku.
Mogłem zadawać pytania dotyczące mojego stanu zdrowia, proponowanego badania, możliwych powikłań oraz istniejących alternatywach diagnostycznych oraz otrzymałem na w/w pytania satysfakcjonującą odpowiedź.
Rozumiem, że badanie przeprowadzane będzie przez innego lekarza.
Lekarz wyjaśnił mi, że w przypadku wystąpienia powikłań zagrażających mojemu życiu i zdrowiu, będą one niezwłocznie odpowiednio leczone.
Rozumiem, że wykonywane badanie nie wpłynie na poprawę mojego stanu zdrowia, ale pozwoli ustalić przyczynę zmian w układzie oddechowym.
Na podstawie powyższych informacji wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie badania

…… ……
Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

W przypadku wystąpienia konieczności, wyrażam również zgodę na podanie leków znieczulających w trakcie zabiegu

…….. ……
Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Wyjaśniłem pacjentowi:
- stan zdrowia
- konieczność wykonania badania
- możliwe powikłania
- konsekwencje odmowy badania
- alternatywne opcje diagnostyczne

Pacjent otrzymał możliwość:
- zadawania pytań
- wyrażenia własnych wątpliwości

na które starałem się wyczerpująco odpowiedzieć.
W mojej opinii pacjent zrozumiał powyższe informacje .

…….
data, pieczątka i podpis lekarza

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.