Załącznik nr 11

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F – PM – 3/9
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BIOPSJĘ CIENKOIGŁOWĄ WĄTROBY	Wydanie II z dnia 21.02.2020r.
		Strona 1 z 1

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA
……..
PESEL ……

Zabieg, który Pani/Panu proponujemy, wymaga Pani/Pana zgody. Aby te decyzje ułatwić informujemy w tej ulotce oraz w ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego zabiegu.

Cel biopsji cienkoigłowej

Biopsja cienkoigłowa polega na wkłuciu igły o średnicy l mm. do nieprawidłowej struktury w jamie brzusznej . Wprowadzenie igły dokonuje się pod kontrolą obrazu ultrasonograficznego . Po zaaspirowaniu strzykawką materiału tkankowego lub płynu igła zostaje usunięta. Pobrany materiał po odpowiedniej obróbce , poddawany jest ocenie mikroskopowej , która określa charakter procesu chorobowego. Tak więc biopsja cienkoigłowa pozwala na potwierdzenie lub odrzucenie wstępnego rozpoznania choroby, postawionego na podstawie objawów klinicznych i laboratoryjnych badań krwi.

W badaniu tym używa się sterylnych zestawów jednorazowego użytku . Wykonanie biopsji cienkoigłowej proponujemy Państwu dopiero wtedy, gdy inne badania okazały się niewystarczające do pełnego rozpoznania choroby albo też gdy niezbędnych informacji nie można uzyskać innymi metodami.

Możliwe powikłania

Wykonanie biopsji cienkoigłowej wiąże się z niewielkim ryzykiem poważnych powikłań, których częstość ocenia się na jedno na 2000 badań (0,05%). Najpoważniejszym z nich jest krwawienie do jamy otrzewnowej z miejsca wkłucia lub zapalenie otrzewnej z powodu wycieku do jamy brzusznej treści jelitowej, soku trzustkowego bądź żółci. Krwawienie pojawia się na ogół do 2 godzin po biopsji, może ustąpić samoistnie, lecz czasem jego zahamowanie wymaga interwencji chirurgicznej, z zabiegiem chirurgicznym włącznie.

Chory w trakcie wykonywania biopsji oraz do kilku godzin po niej może odczuwać ból, który ma zwykle niewielkie nasilenie i daje się łatwo opanować środkami przeciwbólowymi.

W celu ograniczenia prawdopodobieństwa krwawienia prosimy o zgłaszanie lekarzowi faktów , które wskazują na zwiększoną do nich skłonność , np. przedłużające się krwawienia po drobnych skaleczeniach lub po usunięciu zęba, bądź powstawanie sińców po niewielkich urazach. Prosimy także zgłosić fakt zażywania leków wpływających na krzepliwość krwi (np. Aspiryna, dikumarol, heparyna) .

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałem uważnie i zrozumiałem treści zawarte w powyższym formularzu. Oświadczam również, iż natura mojego schorzenia, cel zaproponowanego badania oraz dające się przewidzieć ryzyko z nim związane oraz rokowanie, zostały mi wytłumaczone w sposób przystępny i zadowalający i **wyrażam zgodę na wykonanie biopsji cienkoigłowej wątroby.**

…… Miejscowość i data

…….. Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……. 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.