Załącznik nr 12

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	**Formularz**	**F- PM – 3/10**
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BIOPSJĘ GRUBOIGŁOWĄ 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 rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego zabiegu.

Cel biopsji gruboigłowej

Biopsja gruboigłowa polega na wkłuciu igły o średnicy ponad 1mm do miąższu wątroby. Wprowadzenia igły dokonuje się po uprzednim badaniu ultrasonograficznym. Po zaaspirowaniu strzykawką materiału tkankowego igła zostaje usunięta. Pobrany materiał po odpowiedniej obróbce poddawany jest ocenie histopatologicznej, która określa charakter procesu chorobowego.

W badaniu tym używa się sterylnych zestawów jednorazowego użytku. Wykonanie biopsji proponowane jest wtedy gdy inne badania okazały się niewystarczające do pełnego rozpoznaniu choroby, albo też gdy niezbędnych informacji nie można uzyskać innymi metodami.

Przeciwwskazania

Przeciwwskazaniem do biopsji gruboigłowej wątroby są: zaburzenia krzepnięcia krwi, wodobrzusze, obecność naczyniaków w wątrobie, infekcja wewnątrzbrzuszna, ropne zmiany skóry w miejscu wkłucia.

Możliwe powikłania

Wykonanie biopsji gruboigłowej wiąże się z niewielkim ryzykiem poważnych powikłań. Których częstość ocenia się na ok. 1,6%

Do najczęstszych powikłań należą ból, perforacja pęcherzyka żółciowego, nakłucie okrężnicy, nerek lub płuc, krwawienie wewnątrzbrzuszne, odma opłucnowa. Rzadko może dojść do powstania wewnątrzwątrobowej przetoki tętniczo-żylnej lub krwawienia do dróg żółciowych. Na ogół stany te ustępują samoistnie przy postępowaniu zachowawczym, w niektórych przypadkach potrzebne jest leczenie operacyjne.

Prawdopodobieństwo zgonu wynosi ok. 0,1%

W celu ograniczenia prawdopodobieństwa krwawienia prosimy o zgłaszanie lekarzowi następujących faktów: przedłużającego się krwawienia po skaleczeniu lub po usunięciu zęba, powstawania sińców po niewielkich urazach, zażywania leków wpływających na krzepliwość krwi (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 gruboigłowej 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.