

OŚWIADCZENIA PACJENTA - ŚCO**- świadoma zgoda na biopsję gruboigłową / biopsję mammotomiczną**

Imię i Nazwisko

data urodzenia

Rozpoznanie kliniczne (*wypełnia lekarz kierujący*)

Biopsja gruboigłowa/biopsja mammotomiczna* jest małoinwazyjną procedurą pobierania wycinków do badania histopatologicznego i weryfikacji zmian w piersiach wykonywaną w znieczuleniu miejscowym pod kontrolą USG lub obrazu mammograficznego. Zabieg obarczony jest niskim ryzykiem powikłań i efektów ubocznych. Do rzadko występujących objawów należy przedłużające się krwawienie z miejsca biopsji z utworzeniem krwiaka, czasowe zasinienie skóry piersi i przejściowe objawy bólowe. Bardzo rzadko może wystąpić uszkodzenie skóry poza miejscem biopsji, naruszenie ciągłości struktur ściany klatki piersiowej, drobna blizna na skórze w miejscu nakłucia, zmiany zapalne piersi, reakcja alergiczna na środek znieczulający. Po zabiegu wymagane jest zachowanie sterylności miejsca nacięcia na skórze ze zmianą opatrunku oraz ograniczenie wysiłku fizycznego do czasu wygojenia rany. Biopsja gruboigłowa jest uznawana za najbezpieczniejszą metodę pobrania materiału do badania mikroskopowego. Inną metodą uzyskania materiału do badania jest operacyjne pobranie materiału (biopsja otwarta). Proszę o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań umożliwiających ograniczenie ryzyka powikłań i efektów ubocznych biopsji (**właściwą odpowiedź zaznaczyć w kółko**).

Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa ciążę?	TAK	NIE
Czy wystąpiły wcześniej objawy uboczne na środek znieczulający miejscowo (LIDOKAINA)?	TAK	NIE
Czy wystąpiły reakcje alergiczne na inne substancje lub leki (jakie?)	TAK	NIE
Czy występują zaburzenia krzepnięcia krwi lub objawy nadmiernego krwawienia?	TAK	NIE
Czy przyjmował/a Pan/Pani w ostatnich dniach leki zawierające kwas acetylosalicylowy (Aspiryna, Polopiryna, Acard, Polocard itp.)?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani lub przyjmował/a leki przeciwkrzepliwe lub zaburzające krzepliwość? Kiedy? Jakie?	TAK	NIE
Czy miała Pani wcześniej przeprowadzane biopsje lub inne zabiegi w piersiach? (proszę określić termin zabiegu i położenie zmian w obrębie piersi)	TAK	NIE
Czy występują aktualnie objawy infekcji, podwyższonej temperatury ciała, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu serca, chorób neurologicznych z zaburzeniami świadomości i przytomności? Proszę podać jakie	TAK	NIE

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

Oświadczam, że zgadzam się na proponowany zabieg w znieczuleniu miejscowym.

Oświadczam, że poinformowano mnie o szczegółach planowanej biopsji, celowości i oczekiwaniach oraz potencjalnych zagrożeniach mogących wystąpić w wyniku zabiegu.

Oświadczam, że zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu przeprowadzenia biopsji w niezbędnym zakresie z zgodnie zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku zabiegu.

Oświadczam, że udzielono mi wyczerpujących odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące planowanej biopsji.

Uwagi pacjenta:

Zgadzam się na proponowany mi zabieg zgodnie z informacjami ze strony 1.

Kielce, dnia

.....
Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

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

Kielce, dnia

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Badanie, które proponujemy wymaga państwa 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 decyzja Państwa może skutkować niepodjęciem właściwego leczenia, zagrożeniem życia włącznie ze zgonem.

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg. Zostałem/łam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Kielce, dnia

.....
Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

Kielce, dnia

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Zabieg w dniu ____-____-____r.

Biopsja gruboigłowa w znieczuleniu miejscowym.

Nacięcie skóry na godz.

Przebieg

Założono opatrunek.

Znacznik tkankowy

.....
Podpis i pieczęć asysty

.....
Podpis i pieczęć lekarza radiologa