

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne, Dział Diagnostyki Obrazowej Pracownia radiologii klasycznej ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn tel. 89 53 86 592 REGON: 000293976 I-00000001561/V-07/VII-078/VIII-7998	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ	PA/PP5-7/F1 wyd.2
--	--	-------------------

Nazwisko i imię	
-----------------	--

PESEL													NUMER KSIĘGI GŁÓWNEJ	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------	--

1. INFORMACJA OGÓLNA

Biopsja gruboigłowa ma charakter inwazyjny i jest wykonywana w celu pobrania materiału tkankowego do badania histopatologicznego. Biopsja wykonywana jest pod kontrolą usg. Po dezynfekcji skóry wprowadza się za pomocą cienkiej igły podskórnie środek znieczulający. Nasepnie wykonuje się niewielkie nacięcie skóry, które ułatwia wprowadzenie igły biopsyjnej. Po przyłożeniu sondy do skóry i odnalezieniu podejrzonej zmiany na monitorze aparatu USG, badający lekarz wprowadza igłę biopsyjną, cały czas śledząc tor igły na monitorze USG. Igła o średnicy 2,1mm dzięki mechanizmowi spustowemu załączonego urządzenia w ułamku sekundy pobiera wałeczek tkanki z diagnozowanego ogniska. Pobranych zostaje kilka wałeczków 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 niesłychanie istotne dla wyboru dalszej metody leczenia (chirurgine, chemioterapia, hormonoterapia, radioterapia).

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Biopsja gruboigłowa jest metodą na ogół bezpieczną, najczęstszym powikłaniem jest krwiak, który czasem może być dość rozległy, jednak po leczeniu zachowawczym znika w zależności od rozległości po tygodniu do miesiąca.

Przed badaniem należy poinformować lekarza o wszystkich zażywanych lekach, szczególnie tych zmniejszających krzepliwość krwi.

Bardzo rzadko zdarza się stan zapalny czy też uszkodzenie narządów znajdujących się w pobliżu nakłuwanego narządu. Do bardzo rzadkich, ale możliwych powikłań należy odma opłucnowa. Objawy odmy opłucnowej: kłujący ból w klatce piersiowej, słycony oddech, sinica, kaszel, osłabienie. Małe odmy nie wymagają specjalnej interwencji. Odmy duże leczą się chirurgicznie zakładając do jamy opłucnowej dren odsysający powietrze.

POSTĘPOWANIE PO BADANIU

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

2. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE:

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań obrazowych rozpoznano u Pani/a / istnieje u Pani/a podejrzenie:

.....

.....

.....

<p>WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne, Dział Diagnostyki Obrazowej Pracownia radiologii klasycznej ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn tel. 89 53 86 592 REGON: 000293976 I-00000001561/V-07/VII-078/VIII-7998</p>	<p>INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ</p>	<p>PA/PP5-7/F1 wyd.2</p>
---	---	--------------------------

Pacjentka / pacjent kwalifikuje się / nie kwalifikuje się do przeprowadzenia biopsji gruboigłowej pod kontrolą usg.

Pacjentka / pacjent kwalifikuje się / nie kwalifikuje się do przeprowadzenia zabiegu w trybie jednodniowym.

3. METODY LECZENIA / DIAGNOSTYKI

3a. BIOPSJA GRUBOIGŁOWA (zabieg diagnostyczny w celu uzyskania wyniku histopatologicznego) POD KONTROLĄ USG.

Alternatywne metody diagnostyki:

- Biopsja chirurgiczna otwarta po radioizotopowym lub z użyciem innego znacznika tkankowego oznaczeniu zmiany.

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA PROPONOWANEJ INTERWENCJI

-uzyskanie materiału tkankowego do badania histopatologicznego, niezbędnego do ustalenia dalszego postępowania.

5. MOŻLIWOŚĆ WYSTAPIENIA POWIKŁAŃ

Możliwe powikłania związane z planowanym zabiegiem chirurgicznym:

- krwiak w tkankach miękkich
- ryzyko wystąpienia reakcji uczuleniowej na środek znieczulający
- przedłużające się krwawienie
- wystąpienie stanu zapalnego, ropnia
- odma podskórna
- odma opłucnowa

Ryzyko powikłań w okresie okołopooperacyjnym- małe

Ryzyko zgonu- bardzo małe

ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/a przypadku:

duże *średnie* *ograniczone*

Jeżeli nie wyrazi Pan/i zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

Zmiana, którą chcemy zweryfikować może okazać się nowotworem. Brak leczenia może doprowadzić do zgonu.

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WOLSZTYNIE Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne, Dział Diagnostyki Obrazowej Pracownia radiologii klasycznej ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn tel. 89 53 86 592 REGON: 000293976 I-00000001561/V-07/VII-078/VIII-7998	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ	PA/PP5-7/F1 wyd.2
---	--	-------------------

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pan/i zapytała nas o wszystko, co chciałaby wiedzieć w związku z planowanym leczeniem.

Pytania pacjenta, ewentualne zastrzeżenia:

.....

.....

.....

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panią/em dr. spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu diagnostycznego.

Biopsja gruboigłowa pod kontrolą usg

.....

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka lekarza	

<p>WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WOLSZTYNIE Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne, Dział Diagnostyki Obrazowej Pracownia radiologii klasycznej ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn tel. 89 53 86 592 REGON: 000293976 I-00000001561/V-07/VI-078/VIII-7998</p>	<p>INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ</p>	<p>PA/PP5-7/F1 wyd.2</p>
---	---	--------------------------

**Nie zgadzam się na proponowany zabieg operacyjny.
Zostałam/łem poinformowana/y o możliwych negatywnych
konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia życia.**

<p>Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego</p>	
<p>Data, podpis oraz pieczęć lekarza</p>	