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 CIENKOIGŁOWEJ	PA/PP5-7/F1 wyd.2

Nazwisko i imię	

PESEL												NUMER KSIĘGI GŁÓWNEJ	

1. INFORMACJA OGÓLNA:

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą USG to małoinwazyjna diagnostyczna metoda pobierania materiału komórkowego (cytotlogicznego) poprzez nakłucie badanego narządu cienką igłą pod kontrolą obrazu USG. Zaaspirowany w czasie biopsji cienkoigłowej materiał jest następnie poddawany ocenie pod mikroskopem. Dzieki tej metodzie z dużą skutecznością mogą być rozpoznane choroby o przebiegu zarówno łagodnym, jak i złośliwym. Zaletą tej metody jest mozliwość uzyskania materiału do oceny cytologicznej z guzów położonych głeboko wśród tkanek, w sposób mało inwazyjny, nie wymagający znieczulenia ogólnego i bez konieczności pobierania wycinka.
Mozliwe powikłania- badanie na ogół jest bezpieczne. Bardzo rzadko może wystąpić krwiak w miejscu wkłucia (szczególnie przy zaburzeniach krzepięcia).

Przed badaniem należy

- zgłosić się z posiadana dokumentacją medyczną (poprzednie USG, wypisy ze szpitala, konsultacje, informacja o przyjmowanych lekach itp.)
- zgłosić skłonność do krwawień oraz alergie na zewnętrzne środki odkażające

Nie jest wymagane specjalne przygotowanie do badania.

Przebieg badania- biopsja cienkoigłowa rutynowo nie wymaga żadnych środków przeciwbólowych ani przed, ani po jej wykonaniu. Po przyłożeniu sondy do skóry i odnalezieniu podejrzanej zmiany na monitorze aparatu USG, badający lekarz wkłuwa bardzo cienką igłę (zwykle o średnicy 0,4- 0,7mm) cały czas śledząc tor igły na monitorze aparatu USG. Po przekłuciu skóry i dotarciu igłą do wyranej zmiany, badający aspiruje do igły materiał komórkowy. Po usunięciu igły zakłada badanemu w miejscu wkłucia jałowy opatrunek.

Czas trwania badania- lokalizacja zmiany pod kontrolą USG oraz pobranie materiału komórkowego trwa kilka minut.

Postepowanie po badaniu

Aby zapobiec powstaniu krwiaka, można silnie uścisnąć założony w miejscu nakłucia jałowy opatrunek (przez 5 minut; przy zaburzeniach krzepnięcia 10 minut). Opatrunek można zdjąć po 15-30 minutach.

2. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE:

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

.....

.....

.....

Pacjentka/ pacjent kwalifikuje się / nie kwalifikuje się do przeprowadzenia biopsji cienkoigłowej pod kontrolą usg.
Pacjentka/ pacjent kwalifikuje się / nie kwalifikuje się do przeprowadzenia zabiegu w trybie jednodniowym.

3. METODY LECZENIA/ DIAGNOSTYKI

BIOPSJA CIENKOIGŁOWA (zabieg diagnostyczny w celu uzyskania wyniku cytologicznego) POD KONTROLĄ USG.

Alternatywne metody diagnostyki:
Biopsja gruboigłowa pod kontrolą usg
Biopsja chirurgiczna otwarta po radioizotopowym lub z użyciem innego znacznika tkakowego oznaczeniu zmiany.

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA PROPONOWANEJ INTERWENCJI

Uzyskanie materiału do badnia cytologicznego, niezbędnego do ustalenia dalszego postepowania.

5. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Możliwe powikłania zwiazane z planowanym zabiegiem chirurgicznym:

- krwiak w tkankach miekkich
- przedłużające się krwawienie
- wystąpienie stanu zapalnego, ropnia
- odma podskórna
- odma opłucnowa

Ryzyko powikłań w okresie okołozabiegowym- bardzo małe
Ryzyko zgonu- bardzo małe

ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu diagnostycznego jest:
[ ] *duże* [ ] *średnie* [ ] *ograniczone*

Jeżeli nie wyrazi Pan/i zgody na proponowany zabieg diagnostyczny rokowanie co do Pani/a stanu zdrowia w przyszłości jest następujące"
Zmiana, którą chcemy zweryfikować może okazać się nowotworem. Brak jej leczenia może doprowadzić do zgonu.

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

prosimy, aby Pan/i zapytała nas o wszystko, co chciałaby wiedzieć w związku z planowanym zabiegiem diagnostycznym.

Pytania pacjenta, ewentualne zastrzeżenia:

.....

.....

.....

.....

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam/em infirmacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjasnień w sposób satysfakcjonujący.
Po zapoznaniu się z treścia tego formularza i rozmowie wyjasniającej z Panem/ią dr. ..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- rokowania
- ewentulanego leczenia operacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związen z tym zabiegiem diagnostycznym.

Bez zastrzezeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie nastepującego zabiegu diagnostycznego: biopsja cienkoigłowa pod kontrolą usg oraz jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania biopsji, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

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

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

`

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