

46

**INFORMACJA I ZGODA
NA PRZEPROWADZENIE BIOPSI PIERSI I WĘZŁÓW CHŁONNYCH**

Nazwisko pacjenta

Imię Pacjenta

Data urodzenia

CZĘŚĆ 1- INFORMACJA

Biospsja aspiracyjna cienkoigłowa piersi i węzłów chłonnych jest badaniem diagnostycznym wykonywanym w celu wykluczenia obecności nowotworu złośliwego oraz kwalifikacji pacjenta do dalszego leczenia.

Badanie przeprowadzane jest pod kontrolą USG i polega na pobraniu za pomocą cienkiej igły niewielkiej ilości materiału cytologicznego z piersi i węzłów chłonnych. Następnie specjalista patomorfolog dokonuje oceny cytologicznej wykonanych rozmazów. Badanie trwa krótko i nie wymaga znieczulenia. Powikłania po zabiegu występują rzadko i mają głównie charakter miejscowych wylewów krwi (krwiaków). W większości przypadków nie wymagają one interwencji lekarskiej. W przypadku wystąpienia po badaniu niewielkiej bolesności w miejscu wkłucia można zastosować zimny okład lub lek przeciwbólowy.

Osoby z zaburzeniami krzepnięcia, stosujące preparaty przeciwzakrzepowe (np. Acenokumarol lub Syncumar) jak i osoby ze skłonnościami do omdleń powinny o tym fakcie poinformować lekarza wykonującego biopsję przed zabiegiem.

CZĘŚĆ 2 – OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Zostałam szczegółowo poinformowana o podejrzanym schorzeniu oraz proponowanym badaniu. Wiem na czym ten zabieg ma polegać, jaki będzie jego zakres i przebieg, jaki jest jego cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
2. Zostałam szczegółowo poinformowana o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem badania a także ewentualnych, dających się przewidzieć konsekwencjach zarówno przebiegu jak i wyniku badania.
3. Miałam możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałam zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi oraz wyjaśnienia.
4. W historii choroby oraz podczas wywiadu i przeprowadzonych badań ujawniałam wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości i zarazem nie zataiłam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób.
5. Poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu badania i zobowiązuje się dokładnie przestrzegać zaleceń pozabiegowych i wizyt kontrolnych.

CZĘŚĆ 3 – ZGODA PACJENTA

1. Jestem poinformowana o ewentualnych skutkach tego badania i wyrażam zgodę na jego wykonanie.

**Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego potwierdzającego oświadczenie
i wyrażenie zgody na przeprowadzenie zabiegu.**

Data i czytelny podpis (stempel) lekarza informującego.