

ZGODA NA POBRANIE WYCINKA (BIOPSJA)

Dane jednostki:

Lekarz prowadzący:

Imię i nazwisko PACJENTA:

Numer pesel PACJENTA:

Imię i nazwisko PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

Numer PESEL / data urodzenia PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

numer telefonu: e-mail:

adres do korespondencji:

Rozpoznanie

Na podstawie zgłaszanych dolegliwości oraz przeprowadzonego badania lekarz stwierdził u Pana/Pani obecność i nieprawidłowej tkanki budzącej podejrzenie procesu nowotworowego. Aby rozpoznać charakter zmiany i podjąć decyzję o dalszym leczeniu niezbędne jest pobranie wycinka do badania histopatologicznego (mikroskopowego).

Nazwa proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

POBRANIE WYCINKA (BIOPSJA) Z

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym powierzchniowym, które ma na celu zniesienie bólu w operowanej okolicy ciała i nie jest związane z pozbawieniem świadomości. Polega ono na podaniu środka miejscowo znieczulającego, zazwyczaj w formie sprayu, na poddawaną zabiegowi okolicę ciała. Następnie lekarz przy użyciu kleszczyków pobiera niewielki fragment nieprawidłowej tkanki do badania histopatologicznego, a miejsce pobrania wycinka zabezpiecza opatrunkiem uciskowym.

Zabieg będzie wykonywany zgodnie z dostępną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności. Zabieg przeprowadza się w ramach konkretnych warunków sprzętowych, lokalowych i finansowych, którymi dysponuje dana oddział/szpital/jednostka organizacyjna w danym momencie. Zabiegi operacyjne mogą być powiązane z różnym procentowo ryzykiem powikłań (możliwość wystąpienia kilku czynników z niżej wymienionych):

- 1) zależnym od indywidualnych warunków pacjenta (w szczególności takie jak stan ogólny, choroby towarzyszące, schorzenia przewlekłe, warunki anatomiczne),
- 2) zależnym od pory roku (w szczególności takie jak okres infekcji jesienno-zimowych, ponadnormatywnie wysokie temperatury latem),
- 3) zależnym od czynników zewnętrznych, niespodziewanych i niemożliwych do przewidzenia (w szczególności takie jak zwiększona zakaźność w stanie epidemii, klęski żywiołowe).

Zabieg operacyjny przeprowadza się w warunkach wywiadu przedoperacyjnego z pacjentem przy założeniu pełnej współpracy ze strony pacjenta i jego rodziny, gdy została ona upoważniona do współdziałania i udzielania informacji dotyczących indywidualnych warunków pacjenta. Informacje nieudzielone lekarzowi, a mogące okazać się istotne dla przebiegu zabiegu, wielokrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie zabiegu.

Główne przeciwwskazania do wdrożenia proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej Względny przeciwwskazaniem do zabiegu jest:

- przyjmowanie na stałe leków zmniejszających krzepliwość krwi
- wrodzone i nabyte skazy krwotoczne
- uczulenie na środki miejscowo znieczulające

Alternatywne metody leczenia lub metody diagnostyczne - brak

Dające się przewidzieć następstwa zastosowania leczenia lub metody diagnostycznej

- krwawienie, które nie ustępuje pod wpływem opatrunku uciskowego. Wymaga zaopatrzenia w warunkach bloku operacyjnego (elektrokoagulacja, założenie szwów itp).
- uczulenie na środek miejscowo znieczulający (zaczerwienienie i świąd skóry, obrzęk twarzy i szyi, wstrząs anafilaktyczny),
- wyjątkowo rzadkie, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie – zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, zator lub zakrzep, zgon.

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego. Zabieg może wymagać przetoczenia krwi.

Dające się przewidzieć następstwa zaniechania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Rezygnacja z proponowanego leczenia uniemożliwia rozpoznanie charakteru procesu rozrostowego i w konsekwencji nie pozwala na podjęcie właściwego leczenia. Zaniechanie leczenia może prowadzić do istotnego pogorszenia stanu zdrowia.

Oczekiwane korzyści /skutki odległe / rokowania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Pobranie wycinka pozwala na ocenę histopatologiczną zmiany i umożliwia podjęcie decyzji o dalszym leczeniu.

Jeżeli macie Państwo pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o wpisanie ich poniżej:

.....

.....

.....

Brak pytań

.....

podpis pacjenta lub przedstawiciela/li ustawowego/y(ch)

.....

dodatkowy podpis pacjenta małoletniego*,
który ukończył 16 lat

OŚWIADCZENIA PACJENTA

1. Oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem informacje w nim zawarte oraz te przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem (imię i nazwisko lekarza) który poinformował mnie o rozpoznaniu, rodzaju proponowanego zabiegu /procedury medycznej, o sposobie jego /jej przeprowadzenia, o następstwach i powikłaniach mogących wystąpić podczas i po zabiegu/wykonaniu procedury medycznej, przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu/procedury medycznej, alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia, rokowaniu.

2. Oświadczam, iż podczas rozmowy z lekarzem miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

3. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach a także nałogach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach oraz o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany w przeszłości oraz schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie wskazanego zabiegu /procedury medycznej oraz jego/jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia zabiegu/procedury medycznej w razie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w tym na znieczulenie miejscowe, znieczulenie ogólne i podanie krwi lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba) oraz dysponowanie tkankami, które zostaną usunięte. Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej.

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny/procedurę medyczną.
Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

.....
.....
..... (uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu)

Potwierdzam i zapewniam, że:

a) składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji jak i wyrażenia woli;

b) zostałem/am poinformowany, że w przypadku pobrania materiału do badania histopatologicznego na jego wynik oczekuje się do 21 dni roboczych oraz, że konieczna jest konsultacja lekarska wyniku badania histopatologicznego;

c) podane przez mnie dane kontaktowe są aktualne i prawdziwe oraz wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny, za pośrednictwem sms lub poczty elektronicznej, a także – pod wskazanym adresem korespondencyjnym, przyjmując na siebie ryzyko braku aktualizacji ww. danych w razie ich zmiany.

data: / / godzina: : miejsce:

OZNACZENIE LEKARZA ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ (data, podpis i pieczęć lekarza):	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:	
PODPIS PACJENTA, także małoletniego*, który ukończył 16 lat	
PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni* / ubezwłasnowolniony /niezdolny do świadomego wyrażenia zgody)	

* Uwaga zgoda podwójna tj. zgoda pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego wymagana jest, gdy pacjent ukończył 16 rok życia