ADOMED Centrum Medyczne

Zgoda na wykonanie biopsji gruboigłową piersi

IMIĘ I NAZWISKO ……

PESEL ……

1. WSKAZANIA DO ZABIEGU

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań ustalono, iż istnieją u Pana/i wskazania do wykonania zabiegu biopsji gruboigłowej piersi.
Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej nie stwierdzono u Pana/i przeciwwskazań do postępowania tego typu lub spodziewane korzyści z zabiegu znacznie przewyższają ryzyko.

2. OPIS ZABIEGU:

Celem proponowanego zabiegu - biopsji gruboigłowej piersi jest pobranie materiału tkankowego oraz ocena histopatologiczna zmiany w gruczole piersiowym.
Biopsja cienkoigłowa polega na pobraniu komórek do badania mikroskopowego przy pomocy specjalnej igły wprowadzone do narządu pod kontrolą USG. Badanie odbywa się przezskórnie i w jego trakcie pacjent/ka poczuje kilka ukłuć, o których będzie uprzedzona/y przez lekarza.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Biopsja jest zabiegiem stosunkowo bezpiecznym, jednak najczęściej po zabiegu pojawia się u pacjenta/ki ból pozabiegowy, zasinienie miejsca, w którym przeprowadzano zabieg, krwiak.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z ww. zabiegiem. Powikłania związane z tym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- infekcji miejsca poddanego zabiegowi
- krwawienia / krwotoku w czasie / po zabiegu
- możliwość operacji lub reoperacji
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych
- odma opłucnowa przy biopsji gruboigłowej piersi

Ciężkie lub zagrażające życiu powikłania proponowanego Pani zabiegu zdarzają się rzadko.
Aby zmniejszyć możliwość występowania powikłań należy przez 7 dni przed planowaną biopsją przestać przyjmować leki przeciwkrzepliwe (rozrzedzające krew) takie jak pochodne kwasu acetylosalicylowego (aspiryna, polopiryna, acard, bestpiryn itd.) oraz acenokumarol bądź warfaryna (sintrom, acenocumarol, warfin).

5. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pan/i zapytała nas o wszystko co chciałaby Pan/i wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Pana/nią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym Centrum. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana/i pytania.

Zastrzeżenia pacjentki/a co do proponowanego leczenia:

……
……
……
……

6. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem ……

Spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod
- wyników proponowanego zabiegu
- możliwych powikłań

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu biopsji gruboigłowej piersi

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

…….. ……

data i podpis lekarza podpis pacjentki/a

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg. Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

…….. ……

data i podpis lekarza podpis pacjentki/a