

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE ZABIEGU BIOPSIJ ASPIRACYJNEJ CIENKOIGŁOWEJ CELOWANEJ TARCZYCY (BACC)

Wykonujący - Lekarz Specjalista Chirurgii Ogólnej – Włodzimierz Kostrzewska
Nr. Prawa wykonywania zawodu 6177863

Pacjent(ka) (imię i nazwisko).....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii w tutejszej poradni.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Wyrażam zgodę na wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej tarczycy (BACC)

Zostałem(am) skierowany(a) na badania biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej tarczycy , gdyż wykryto u mnie zmiany ogniskowe (potocznie zwane „guzkami”) w tarczycy

Cel zabiegu:

1. Wykrycie lub wykluczenie złośliwego charakteru zmiany poprzez pobranie materiału do badania cytologicznego (mikroskopowego)
2. Zmniejszenie wymiarów zmiany poprzez odcignięcie płynu.

Przebieg zabiegu- po zdezynfekowaniu skóry kilkakrotne nakłucie szyi igłami jednorazowego użytku średnica 0,5mm, których bieg jest obserwowany w aparacie USG.

Możliwość powikłania, oraz ryzyko związane z zaproponowanym zabiegiem: jest podobne do ryzyka związanego z pobraniem krwi, nie jest to zabieg o dużym ryzyku.

1. Bardzo rzadkie, mogące wymagać leczenia operacyjnego: uszkodzenie naczyń i nerwów, powikłania infekcyjne,
2. Częste i niegroźne: podbiegnięcia krwawe(potocznie „siniaki”) w okolicy szyi

Konieczność powtórzenia zabiegu - niekiedy ma to miejsce, gdy jego cel nie został w wystarczającym stopniu osiągnięty.

Metody alternatywne w stosunku do biopsji: brak

Skutki mogące wyniknąć z nieprzeprowadzenia zabiegu: niepotrzebne podjęcie operacyjnego wycięcia tarczycy, albo przeciwnie, opóźnienie rozpoznania nowotworu złośliwego i niepodjęcie koniecznego leczenia operacyjnego.

Na koniec potwierdzam, że przeczytałem(am) uważnie i zrozumiałem(am) treści zawarte w powyższym formularzy. Jeżeli mam pytania i wątpliwości dotyczące leczenia i planowanego zabiegu, zadam je przed wykonaniem biopsji. Jeżeli moje pytania i wątpliwości nie zostaną wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający, odstąpię od wykonania zabiegu.

Miejscowość.....

Data i godzina.....

.....
podpis pacjenta(ki)/opiekuna prawnego

.....
podpis lekarza