



Wielospecjalistyczny  
Szpital Wojewódzki  
w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ  
ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BIOPSI  
GUZKÓW ZLOKALIZOWANYCH W TKANCE PODSKÓRNEJ**

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

ODDZIAŁ .....

Badanie polega na pobraniu komórek lub fragmentu tkanek poprzez przezskórne nakłucie badanego narządu cienką igłą pod kontrolą jednocześnie wykonywanego badania ultrasonograficznego.

Ocena cytologiczna lub patomorfologiczna dokonywana przez patomorfologa jest niejednokrotnie jedynym sposobem ustalenia prawidłowego rozpoznania.

Badanie wykonywane jest bez znieczulenia; znieczulenie jest zbędne, gdyż dyskomfort związany z nakłuciem cienką igłą jest niewielki.

Badanie nie wymaga specjalnego przygotowania chorego.

**Na badanie należy zgłosić się ze skierowaniem w wyznaczonym terminie po śniadaniu i przyjęciu typowo przyjmowanych leków.**

**MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

W trakcie badania w miejscu wkłucia może wystąpić niewielki ból .

Po badaniu może wystąpić niewielki krwiak .

Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwzakrzepowe TAK            NIE

Jeżeli tak, to proszę podać nazwę, od kiedy i w jakiej dawce .....

**ROZMOWA Z LEKARZEM**

Prosimy, aby Pani/n zapytała/ł nas o wszystko co chciałaby Pani/n wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego badania oraz wszelkie oczekiwane przez Panią /a wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza specjalisty zatrudnionego w naszym Oddziale/ Zakładzie  
Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.



66-400 Gorzów Wlkp., ul. Dekerta 1 tel. 95 733 12 22, fax 95 733 12 21  
E-mail: sekretariat@szpital.gorzow.pl www.szpital.gorzow.pl  
NIP 599-31-68-108, REGON 211228381  
Sąd Rejonowy w Zielonej Górze VIII Wydział Gospodarczy,  
KRS 0000476259 Kapitał założycielski 47 000 000,00



System  
zarządzania  
ISO 9001:2008  
ISO 14001:2004  
PIS-N 18001:2004  
OHSAS 18001:2007  
www.tuv.com  
ID: 9105079325