



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



INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BIOPSI SUTKA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

ODDZIAŁ:

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani:

- zmianę wymagającą dalszej diagnostyki

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku proponujemy następujący zabieg:

- biopsję sutka prawego / lewego

Celem proponowanego zabiegu / operacji jest:

- pobranie materiału do badania cytologicznego celem dokładnego określenia charakteru zmiany

Alternatywne metody leczenia Pani/Pana schorzenia to:

- otwarta biopsja chirurgiczna

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

- pobranie materiału

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem.

Powikłania związane z tym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- ból
- krwiak
- krwawienie
- zakażenie

4. ROKOWANIA

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pana/Pani przypadku:

× duże średnie ograniczone

5. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielone mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- *rozpoznania,*
- *proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,*
- *dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,*
- *rokowania,*

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu biopsji sutka

.....
data podpis lekarza

.....
podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg.

Zostałam poinformowana/poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

.....
data podpis lekarza

.....
podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę/a jest niemożliwe z powodu

.....