



## INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BIOPSI WĄTROBY

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL .....

ODDZIAŁ .....

Biopsja wątroby stanowi jedną z najbardziej istotnych metod diagnostycznych schorzeń wątroby. Pozwala na ocenę struktury wątroby i na prawidłowe różnicowanie stanów chorobowych.

### Wskazania do badania :

- Podejrzenie ostrego wirusowego zapalenia wątroby.
- Podejrzenie i różnicowanie przewlekłych i aktywnych zmian w wątrobie.
- Kontrola u osób z aktywnym procesem zapalnym wątroby.
- Inne wskazania, np. czynnościowe hiperbilirubinemie, uszkodzenie toksyczne wątroby.

Badanie polega na pobraniu komórek lub fragmentu tkanek poprzez przezskórne nakłucie badanego narządu, po wcześniejszym znieczuleniu miejscowym.

Biopsję wykonuje się pod kontrolą obrazu ultrasonograficznego (USG) lub tomografii komputerowej (KT). Metodę lokalizacji wybiera lekarz wykonujący biopsję. Bardzo ważna jest współpraca pacjenta z lekarzem ,przez dokładne wykonywanie poleceń (np. nie oddychać)

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

W dniu badania należy być na czczo, tzn. co najmniej 5 godzin przed badaniem nie powinno się przyjmować **ani napojów ani jedzenia**. Leki przyjmowane na stałe, można przyjąć, popijając niewielką ilością wody.

Po badaniu pacjent pozostaje w pozycji leżącej i nie spożywa posiłków przez 1 dobę, chyba, że lekarz wykonujący badanie zdecyduje inaczej.

Powyższe zalecenia może zmienić lekarz prowadzący pacjenta na oddziale.

### MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- ból miejscowy
- krwiak podskórny
- krwiak wątroby
- krwiak podtorebkowy
- nakłucie innych narządów
- zapalenie otrzewnej
- odma,
- zapaść krążeniowa

W bardzo rzadkich przypadkach konieczna jest interwencja lekarza chirurga w celu zatamowania krwawienia.



Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwzakrzepowe

TAK

NIE

Jeżeli tak, to proszę podać 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.

### OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

W pełni zrozumiałam/em 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:

- wskazań do badania
- sposobu wykonania badania

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

### Zgadzam się na wykonanie biopsji wątroby

.....  
data , podpis lekarza

.....  
data, podpis pacjenta  
lub prawnego opiekuna

### Nie zgadzam się na wykonanie biopsji wątroby.

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

.....  
data , podpis lekarz

.....  
data , podpis pacjenta  
lub prawnego opiekuna