



**INFORMACJA DLA PACJENTKI/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO ORAZ FORMULARZ
ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG BIOPSJI ASPIRACYJNIEJ CIENKOIGŁOWEJ GUZA OKOLICY KĄTA
ŻUCHWY PO STRONIE LEWEJ**

1. Imię nazwisko:

2. PESEL:

3. RODZAJ OPERACJI:

BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA GUZA OKOLICY KĄTA ŻUCHWY PO STRONIE LEWEJ

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Guz okolicy kąta żuchwy

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Pobranie przy pomocy igły materiału na potrzeby badania histopatologicznego.

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI:

Ból, obrzęk, zaczerwienienie, krwawienie.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Zakażenie, ropienie rany, krwotok, uszkodzenie okolicznych struktur anatomicznych (w tym nerwów i naczyń krwionośnych). Uszkodzenie nerwu twarzonego (częściowy lub całkowity/przemijający lub trwałe niedowład mięśni mimicznych twarzy). W przypadku biopsji niediagnostycznej możliwym będzie powtórzenie zabiegu.

Szanowny Pacjencie, szpital jest miejscem, gdzie mogą bytować patogeny alarmowe, jak gronkowiec złocisty (*S. aureus*), acinetobacter, pałeczka okrężnicy (*E. coli*) i inne. Mimo dochowania ze strony personelu wszelkiej dbałości i staranności istnieje bardzo małe ryzyko zakażenia się tymi drobnoustrojami, co może wiązać się gorszym gojeniem się rany pooperacyjnej, jej ropieniem czy innymi stanami zapalnymi, a także długotrwałą antybiotykoterapią.

8. ROKOWANIE

Ograniczone – jest to zabieg diagnostyczny (nie terapeutyczny). W przypadku niewyrażenia zgody na zabieg może dojść do progresji ewentualnej choroby nowotworowej, opóźnienie leczenia i pogorszenie rokowania.

9. ROZMOWA Z LEKARZEM

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

10. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W trakcie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także na tę okoliczność. Przy braku tejże zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co mogłoby stanowić dodatkowe obciążenie dla zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

11. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO

W pełni zrozumiałam(em) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie z lekarzem spełnione zostały wszystkie moje wymagania co do informacji nt.: rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw tych metod lub ich zaniechania, wyników leczenia operacyjnego, rokowania, ewentualnego leczenia pooperacyjnego. Znałam mi możliwe powikłania związane z zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu: "Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa guza okolicy kąta żuchwy po stronie lewej" oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
Data, podpis lekarza

.....
Data, podpis pacjentki(a)/Opiekuna prawnego

NIE ZGADZAM SIĘ na proponowany zabieg operacyjny. Zostałam poinformowana(y) o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji.

.....
Data, podpis lekarza

.....
Data, podpis pacjentki(a)/Opiekuna prawnego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....
Data, podpis lekarza