

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO ORAZ FORMULARZ
ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG BIOPSJI ASPIRACYJNEJ CIENKOIGŁOWEJ GUZA SZYI PO STRONIE
LEWEJ**

1. Imię nazwisko:
2. PESEL:

3. RODZAJ OPERACJI:

BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA GUZA SZYI PO STRONIE LEWEJ

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Guz okolicy szyi po stronie lewej

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, krwiak, uszkodzenie okolicznych struktur anatomicznych (w tym nerwów co skutkować może zaburzeniami czucia oraz poruszania unerwionymi strukturami).
Możliwość wystąpienia biopsji niediagnostycznej, która wymagałaby kolejnego badania.
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 z 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.

Alternatywną metodą jest leczenie chirurgiczne pobranie części lub całej zmiany.

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. Znane są mi możliwe powikłania związane z zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu: "Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa guza szyi 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