

Informacja dla pacjenta oraz świadoma zgoda na wykonanie biopsji wątroby

Nazwisko i imię chorego:.....

PESEL:

Stan ogólny chorego:.....

Wstępne rozpoznanie na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań:

.....

Proponowane badanie/metoda leczenia:.....

Biopsja wątroby jest badaniem diagnostycznym polegającym na pobraniu specjalną igłą próbki tkanki nadającej się do badania cytologicznego lub histopatologicznego. Zabieg wykonywany jest celem rozpoznania i oceny aktywności chorób wątroby. Pacjent w dniu zabiegu powinien pozostawać na czczo.

Najczęściej nakłucia wątroby igłą biopsyjną dokonuje się po wykonaniu znieczulenia miejscowego, np. 2% Lignocainum hydrochloridum. W niektórych przypadkach bezpośrednio przed pobraniem bioptatu pacjent powinien wykonać wdech i wstrzymać oddech. Samo pobranie materiału trwa krótko około 6 sekund.

Brak alternatywnej metody leczenia.

Najczęstsze powikłania po zabiegu to:

1. Ból brzucha lub ból prawego barku ustępujący po lekach przeciwbólowych
2. Spadek ciśnienia tętniczego
3. Krwiak podtorebkowy lub śródwątrobowy nie wymagający interwencji chirurgicznej.

Rzadkie to:

1. Odma opłucnowa lub podskórna
2. Poważne krwawienia do jamy opłucnowej lub otrzewnowej
3. Nakłucie sąsiednich narządów (nerki lub pęcherzyka żółciowego)
4. Zapalenie otrzewnej
5. Ropień podprzeponowy
6. Krwawienie do dróg żółciowych
7. Złamanie igły biopsyjnej
8. Zgon najczęściej w wyniku krwawienia (0,01%).

Brak zgody na wykonanie badania utrudni postawienie rozpoznania i wdrożenia prawidłowego leczenia oraz może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia.

ROKOWANIE (wypełnia lekarz)

Prawdopodobieństwo powodzenia zabiegu w danym przypadku

Duże

Średnie

Ograniczone

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zapoznałem się z w/w informacjami, uzyskałem wyjaśnienie wątpliwości i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie badania **biopsji wątroby**, z koniecznymi zabiegami terapeutycznymi.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią lekarz 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
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

PODPIS PACJENTA I LEKARZA:

data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
data podpis oraz pieczętka lekarza	

SPRZECIW PACJENTA:

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg. Zostałem/Zostałam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
data podpis oraz pieczętka lekarza	

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu):

.....

.....

.....

.....