

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Pesel: .....

ZAŁACZNIK 1.1.1

PR4\_F459\_w3

## **BIOPSJA ASPIRACYJNA SZPIKU KOSTNEGO Z MOSTKA** – INFORMACJA O BADANIU

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję informujemy w tej ulotce oraz w rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i ewentualnych powikłaniach planowanego badania.

Brak innych dostępnych metod leczenia.

### **DLACZEGO PROPONUJEMY PANU/PANI TO BADANIE**

Na podstawie przeprowadzonego do tej pory badania lekarskiego (wywiad i badanie przedmiotowe) oraz ewentualnie badań dodatkowych istnieje u Pani/Pana podejrzenie choroby w zakresie układu krwiotwórczego. Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z mostka jest bardzo skuteczną metodą diagnostyczną dla oceny tego układu. Badanie może być powtarzane wielokrotnie. Wykonywane jest u pacjentów w każdym wieku, a także u kobiet ciężarnych.

### **PRZEPROWADZENIE BADANIA**

Przed badaniem pacjent nie musi być na czczo. Badanie przeprowadza się w pozycji leżącej na wznak. Osoba wykonująca badanie po dokładnym umyciu skóry okolicy wkłucia środkiem odkażającym, dokonuje znieczulenia skóry i okostnej środkiem do znieczulenia miejscowego (w Polsce najczęściej jest to lidokaina). Następnie używając specjalnej igły z rękojeścią i ogranicznikiem głębokości wkłucia, okrężnymi ruchami wprowadza igłę do jamy szpikowej. Następnie przy pomocy jałowej strzykawki podłączonej do igły pobiera się 2-15ml treści płynnej szpiku ( ilość ml jest zależna od rodzaju zleconych badań). W czasie aspiracji pacjent może odczuwać ból. Igłę wraz ze strzykawką okrężnymi ruchami wyciąga się z kości, a miejsce wkłucia zabezpiecza jałowym gazikiem.

### **MOŻLIWE POWIKŁANIA**

Powikłania podczas biopsji aspiracyjnej szpiku kostnego z mostka zdarzają niezwykle rzadko. Niemniej jednak powodzenie tego badania, jak również absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo może zdarzyć się nadmierne krwawienie z miejsca nakłucia w trakcie zabiegu oraz po zabiegu krwawienie lub krwiak w miejscu wkłucia igły. Aby ograniczyć do minimum krwawienia, jak również zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających prosimy o odpowiedzi na pytania:

- 1) Czy występuje u Pani/Pana skaza krwotoczna lub skłonność do krwawień zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź zdolność do powstawania podbiegnięć krwawych po niewielkich urazach mechanicznych.

Tak

Nie

- 2) Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze.

Tak

Nie

- 3) Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, dikumarol, itp.)

Tak

Nie

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Pesel: .....

W przypadku przyjmowania doustnych leków przeciwkrzepliwych wskazana jest zmiana tego leczenia na leczenie przeciwkrzepliwe heparyną drobnocząsteczkową podawaną podskórnie. Należy tego dokonać minimum 5 dni przed planowanym zabiegiem biopsji aspiracyjnej szpiku z mostka ( pod nadzorem lekarza kierującego na badanie).

#### POSTĘPOWANIE PO BADANIU

Po zabiegu zakłada się jałowy opatrunek uciskowy. Opatrunek zdejmuje się w dniu następnym. Wystąpienie krwawienia lub innych niepokojących objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi. Proszę pytać jeśli czegoś państwo nie zrozumieliście lub chcecie wiedzieć więcej na temat badania.

#### ŚWIADOMA DEKLARACJA ZGODY PACJENTA

Pan/Pani doktor ..... przeprowadził/a dzisiaj ze mną rozmowę wyjaśniającą , w trakcie której mogłem/am wyjaśnić wszystkie interesujące mnie kwestie dotyczące badania. Uzyskałem/am informacje o potrzebie wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku kostnego z mostka .

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

Oświadczam, że uzyskałem/am informację o możliwym ryzyku związanym z potrzebnym zabiegiem diagnostycznym. Oświadczam, iż miałem/łam możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź.

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania.

Zgadzam się również na ewentualne, ponowne wykonanie badania w przypadku nie uzyskania materiału do oceny laboratoryjnej i histopatologicznej.

Bydgoszcz,.....

.....

Nazwisko i imię chorego

.....  
Podpis lekarza

.....  
podpis chorego ew. opiekuna prawnego

Nie wyrażam zgody na proponowane badanie. Zostałem/am poinformowany/a o skutkach odmowy zgody na proponowane mi badanie.

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej / zabiegu.

.....  
.....  
.....

.....  
Podpis lekarza

.....  
podpis chorego ew. opiekuna prawnego