

## Formularz świadomej zgody na pobranie wycinka z j. ustnej

Imię i nazwisko pacjenta .....

Pesel:.....

Rozpoznanie .....

**1. Pobranie wycinka polega na pobraniu materiału biologicznego z błony śluzowej przedsionka jamy ustnej celem oceny badanej tkanki i przyczyn zmian chorobowych oraz doboru właściwego leczenia.**

Do zabiegu używa się sprzętu jednorazowego, jałowego. Miejsce pobrania znieczula się miejscowo środkiem znieczulającym. Po pobraniu wycinka zakładany jest szew, który po 7 dniach należy usunąć.( może być założony szew rozpuszczalny).

Niedogodnością badania jest nieruchoma pozycja ciała w czasie pobierania zabieg trwa ok. 20-30 minut.

Zostałem/łam poinformowany/na przez lekarza o:

- celu zabiegu
- sposobie jego wykonania
- zastosowanym sposobie znieczulania
- możliwych powikłaniach

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

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź. Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza.....

### **3. Nie wyrażam zgody na wykonanie proponowanej procedury medycznej**

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

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