

Formularz świadomej zgody na pobranie węzła chłonnego

Imię i nazwisko pacjenta

Pesel:.....

Rozpoznanie

1. Pobranie węzła chłonnego polega na pobraniu materiału biologicznego (węzła chłonnego) do badania histopatologicznego, celem oceny badanej tkanki, przyczyn zmian chorobowych oraz doboru właściwego leczenia. Przed pobraniem wykonano usg węzłów chłonnych i odbyła się konsultacja kwalifikująca do pobrania węzła chłonnego z oceną lokalizacji pobrania materiału do badania. Do zabiegu używa się sprzętu jednorazowego, jałowego. Miejsce pobrania znieczula się miejscowo środkiem znieczulającym po uprzedniej dezynfekcji. Niedogodnością badania jest nieruchoma pozycja ciała w czasie pobierania zabieg trwa ok. 60 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)