**Pracownia Radiologii i Ultrasonografii Zabiegowej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nr. Ks. Gł………………………………...**

**Imię i nazwisko pacjentki/ pacjenta:………………………………………………………….**

**Nazwa Oddziału/ Kliniki:……………………………………………………………………...**

**Rozpoznanie:…………………………………………………………………………………...**

*Informacja dla pacjenta/pacjentki oraz formularz świadomej zgody na wykonanie biopsji gruboigłowej narządów jamy brzusznej/ klatki piersiowej pod kontrolą USG (BGC)*

Biopsja gruboigłowa (oligobiopsja) celowana jest to zabieg polegający na pobraniu materiału komórkowego (histologicznego) poprzez nakłucie badanego narządu/ zmiany aparatem do oligobiopsji pod kontrolą obrazu usg. Uzyskany w czasie biopsji gruboigłowej materiał jest następnie utrwalany i oddawany do oceny przez patomorfologa. Metoda służy do oceny charakteru zmian zarówno ogniskowych jak i rozlanych

**Wskazania do zabiegu:** obecność zmian wymagających oceny charakteru **Przebieg zabiegu:** Po odkażeniu skóry operator znieczula tor nakłucia, następnie nakłuwa zmianę i pobiera materiał przy pomocy odpowiedniego urządzenia. Pobrany materiał przesłany jest do pracowni badań histologicznych. **Alternatywne metody leczenia:** Pobranie chirurgiczne tkanki.

**Możliwe powikłania:**

Do potencjalnych powikłań w czasie zabiegu i w okresie pozabiegowym należą m.in.:

* krwawienie, krwotok wymagające leczenia operacyjnego
* nakłucie naczyń
* niecelowe nakłucie narządów wewnętrznych
* zakażenie w miejscu wkłucia
* ropień

Ciężkie zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego zabiegu zdarzają się rzadko. Pacjent winien być świadomy, że zabieg jest zawsze związany z ryzykiem powikłań, zarówno wymienionych powyżej, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia.

**Przeciwwskazania do zabiegu:**

* zaburzenia krzepnięcia
* brak współpracy z chorym
* zakażenie potencjalnego miejsca nakłucia lub okolicznych tkanek

W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu. Lekarz poinformował mnie o stanie mojego zdrowia, planowanej operacji, alternatywnych metodach leczniczych wraz z możliwością rozszerzenia operacji, jeżeli zajdzie taka potrzeba. Rozumiem ryzyko związane ze stanem ogólnym mojego zdrowia i moimi chorobami.

Oświadczam, że miałem/am zadania nieograniczonej ilości pytań dotyczących operacji, stanu mojego zdrowia i uzyskałem/am na nie wystarczające, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie **biopsji gruboigłowej celowanej** oraz jego ewentualne zmiany, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu oraz w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Akceptuję całe postępowanie stosowane w procesie leczenia związane z proponowanym zabiegiem. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia. Oświadczam, że podczas wywiadu i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, przyjmowanych leków, badań oraz przebytych chorób, urazów i zabiegów.

………………. ………………...……………………………………… (data) (podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

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

………………. ………………...……………………………………… (data) (podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

Stwierdzam, że odpowiedziałem/am na wszystkie pytania zadane mi przez wyżej podpisanego chorego, dotyczące jego stanu zdrowia oraz planowanej operacji, zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną.

………………. ………………...……………………………………… (data) (podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

Podpisanie formularza zgody przez pacjenta/ pacjentkę jest niemożliwe z powodu:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

………………. ………………...……………………………………… (data) (podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)