

Gabinet Ginekologiczny GYN-CARE

ul. Chodkiewicza 7 LU4

02-593 Warszawa

NIP 5211856611 REGON: 013275818

RPWDL: 000000101499

www.gyncare.pl e-mail: recepcja@gyncare.pl

NZOZ GYN-CARE

ul. Chodkiewicza 7 LU 4

02-593 Warszawa

REGON: 013275818-00035

RPWDL: 000000225549

tel. (22) 646 00 73, +48 605 425 200



Warszawa, dnia _____ r.

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BIOPSJĘ GRUBOIGŁOWĄ PIERSI

Ja, niżej podpisana/y (nazwisko i imię) _____

Adres: _____

PESEL: _____

W przypadku braku numeru PESEL:

Data urodzenia: _____ Nazwa i numer dokumentu tożsamości: _____

Biopsja gruboigłowa piersi jest małoinwazyjną procedurą pobierania wycinków do badania histopatologicznego i weryfikacji zmian w piersiach wykonywaną w znieczuleniu miejscowym pod kontrolą USG. Zabieg obarczony jest niskim ryzykiem powikłań i efektów ubocznych. Do rzadko występujących objawów należy przedłużające się krwawienie z miejsca biopsji z utworzeniem krwiaka, czasowe zasinienie skóry piersi i przejściowe objawy bólowe. Bardzo rzadko może wystąpić uszkodzenie skóry poza miejscem biopsji, naruszenie ciągłości struktur ściany klatki piersiowej, drobna blizna na skórze w miejscu nakłucia, zmiany zapalne piersi, reakcja alergiczna na środek znieczulający. Po zabiegu wymagane jest zachowanie sterylności miejsca nacięcia na skórze ze zmianą opatrunku oraz ograniczenie wysiłku fizycznego do czasu wygojenia rany.

Proszę o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań umożliwiających ograniczenie ryzyka powikłań i efektów ubocznych biopsji (właściwą odpowiedź zaznaczyć)

- Czy jest Pani uczulona na leki w szczególności na środek znieczulający miejscowo (LIDOKAINA)? TAK NIE
- Czy występują u Pani zaburzenia krzepnięcia krwi lub objawy nadmiernego krwawienia? TAK NIE
- Czy przyjmowała Pani w ostatnich dniach leki zawierające kwas acetylosalicylowy (Aspiryna, Polopiryna, Acard, Polocard itp.)? TAK NIE
- Czy przyjmuje Pani lub przyjmowała leki przeciwkrzepliwne lub zaburzające krzepliwość? TAK NIE
- Czy były przeprowadzane wcześniej biopsje lub inne zabiegi w piersiach? (proszę określić termin zabiegu i położenie zmian w obrębie piersi, poprzednie badania histopatologiczne) TAK NIE
- Czy występują aktualnie objawy infekcji, podwyższonej temperatury ciała, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu serca, chorób neurologicznych z zaburzeniami świadomości i przytomności? TAK NIE

Oświadczam, że zgadzam się na proponowany zabieg w znieczuleniu miejscowym.

Oświadczam, że poinformowano mnie o szczegółach planowanej biopsji, celowości i oczekiwaniach oraz potencjalnych zagrożeniach mogących wystąpić w wyniku zabiegu.

Oświadczam, że zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu przeprowadzenia biopsji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku zabiegu.

Oświadczam, że udzielono mi wyczerpujących odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące planowanej biopsji. Oświadczam że na zataiłam/łem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, leków.

(data podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna)

Oświadczenie Lekarza:

Oświadczam, że pacjentowi zostały przedstawione szczegóły planowanej biopsji oraz możliwe zagrożenia i powikłania mogące wystąpić w przebiegu lub wyniku zabiegu.

Warszawa, dnia _____

(podpis i pieczętka lekarza, w obecności, którego podpis złożył/a Pacjent/ka)