



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F19

ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

BIOPSJĘ WĄTROBY

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

Z uwagi na nieprawidłowy obraz badań laboratoryjnych lub/ i obrazowych wątroby wskazane jest u Pani/ Pana wykonanie biopsji wątroby.

Wskazania:

- ocena aktywności przewlekłych chorób wątroby,
- monitorowanie efektów leczenia chorób wątroby
- ustalanie przyczyn uszkodzenia wątroby

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.

Pacjent kładzie się na plecach na stole zabiegowym, prawą kończyną górną kładzie za głowę, a kończyny dolne trzyma wyprostowane i odwiedzone w stronę lewą. Lekarz ustala miejsce wkłucia przez opukiwanie pacjenta wzdłuż linii pachowej do charakterystycznego stłumienia wątroby, następnie znieczula skórę, tkankę podskórną i mięśnie. Po odczekaniu kilku minut, wykonuje niewielkie nacięcie skóry i tkanek podskórnych, do którego wprowadza igłę biopsyjną. Następnie szybkim ruchem pobiera fragment wątroby. Pielęgniarka zakłada jałowy opatrunek. Cała procedura trwa około 10 minut, w tym samo pobranie tkanki wątrobowej ok 1 sekundy.

3. Celu, oczekiwanych korzyściach i rokowaniach przeprowadzenia zabiegu / badania.

Biopsja wątroby jest badaniem inwazyjnym, które polega na pobraniu fragmentu tkanki wątrobowej za pomocą igły biopsyjnej, umożliwiające ocenę histopatologiczną pobranego bioptatu i określenie przyczyn uszkodzenia wątroby i postawienia odpowiedniego rozpoznania choroby i wprowadzenie odpowiedniego leczenia.

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu / badania.

Przed zabiegiem w rozmowie z lekarzem należy poinformować go o zażywanych lekach, uczuleniach, wynikach innych istotnych z punktu widzenia zabiegu badań. Jeżeli przyjmowane są leki przeciwkrzepliwie w porozumieniu z lekarzem prowadzącym należy zmodyfikować leczenie lub odstawić w określonym czasie przed biopsją wątroby. Przed wykonaniem biopsji wątroby należy wykonać lub mieć aktualne – min. 3 msc. wstecz badanie usg jamy brzusznej. Przed wykonaniem biopsji wątroby należy ocenić krzepnięcie krwi chorego – INR, APTT, PLT oraz oznaczyć grupę krwi. W dniu wykonywania biopsji wątroby należy pozostać na czczo. Sprzęt potrzebny do wykonywania biopsji wątroby jest sterylny i jednorazowego użytku.

Po badaniu pacjent zawożony jest do sali chorych. Przez 1-2 h leży na prawym boku (tam gdzie była wykonywana biopsja), w tym czasie nie powinien jeść i przyjmować płynów doustnie. Przez kilka kolejnych godzin zalecane jest

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

ograniczenie aktywności ruchowej. W przypadku jakichkolwiek dolegliwości należy bezzwłocznie zawołać pielęgniarkę. Przez tydzień po zabiegu nie zaleca się wykonywania wzmożonych wysiłków fizycznych i przyjmowania leków przeciwbólowych.

5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem

częste:

- ból prawego ramienia – u około 30% przypadków w pierwszych godzinach po biopsji wątroby, ustępuje po lekach przeciwbólowych,
- spadek ciśnienia tętniczego,
- krwiak podtorebkowy lub śródwątrobowy nie wymagający interwencji chirurgicznej.

rzadkie:

- krwawienie (<0,5% pacjentów),
- odma opłucnowa,
- naktucie sąsiednich narządów – nerki, trzustki, okrężnicy, pęcherzyka żółciowego, płuc,
- zakażenia,
- krwawienie do dróg żółciowych,
- zapalenie otrzewnej,
- ropień podprzeponowy,
- zgon (0,01-0,33%).

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

Brak wykonania biopsji wątroby nie pozwala na obiektywizację podejrzenia przyczyn jej uszkodzenia, postawienia odpowiedniego rozpoznania choroby wątroby i może utrudniać wprowadzenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego.

7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.

Biopsja wątroby pozwala na ocenę histopatologiczną pobranego fragmentu wątroby, alternatywnie można wykonać badanie podczas inwazyjnych procedur diagnostycznych chirurgicznych – laparotomia lub pobranie wycinka wątroby podczas operacji chirurgicznej i poddanie ocenie histopatologicznej.

Inne badania, procedury nieinwazyjne nie udzielą pełnej odpowiedzi przyczynowej.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

- brak zgody lub współpracy pacjenta,
- podejrzenie naczyniaka wątroby, torbieli, guzów wątroby,
- niedrożność zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych,
- zaburzenia krzepnięcia krwi,
- wodobrzusze,
- ciąża.

9. Informacje dotyczącej funkcjonowania placówki wykonującej świadczenie medyczne

Zabieg będzie przeprowadzany przez zespół operacyjny, w skład którego mogą wchodzić rezydenci oraz stażyści. Rezydenci oraz stażyści mogą wykonywać całość lub część zabiegu pod nadzorem lekarza odpowiedzialnego za przeprowadzenie operacji lub obserwować przebieg zabiegu. W trakcie zabiegu mogą być obecni na sali operacyjnej studenci kierunku lekarskiego.

Zabieg operacyjny jest nagrywany. Nagranie stanowi część dokumentacji medycznej. Nagranie może zostać wykorzystane do celów naukowych i dydaktycznych (bez ujawnienia tożsamości pacjenta) za zgodą pacjenta oraz Kierownika Podmiotu Leczniczego.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

10. Uwagi dotyczące leczonego pacjenta / planowane odstępstwa:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam/ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych)

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanej operacji

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na przeprowadzenie proponowanej operacji

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

* zaznacz właściwe

** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

--

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>