



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGÓW
DIAGNOSTYCZNYCH/LECZNICZYCH ZMIAN PIERSI**

Imię i nazwisko pacjentki

PESEL

Numer Księgi
Głównej

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ INGERENCJI CHIRURGICZNEJ

Na podstawie przeprowadzonych badań istnieje u Pani podejrzenie/rozpoznano u Pani:

2. METODY ZABIEGOWEJ DIAGNOSTYKI/LECZENIA PIERSI

Po szczegółowej analizie proponujemy następujący rodzaj diagnostyki zabiegowej/leczenia*:

- biopsję aspiracyjną cienkoigłową celowaną** (BACC) polegającą na pobraniu materiału komórkowego ze zmiany przy pomocy igły pod kontrolą USG.
- biopsję mammotomiczną** piersi polegającą na frakcjonowanym pobraniu materiału tkankowego ze zmiany (guza) przy pomocy urządzenia biopsyjnego pod kontrolą USG. Zabieg może polegać na częściowym pobraniu materiału tkankowego (pozwalającym na uzyskanie rozpoznania ostatecznego) lub wycięciu zmiany w całości.
- chirurgiczne usunięcie zmiany (guza) piersi** polegające na pobraniu materiału przy zastosowaniu klasycznego cięcia chirurgicznego.
- usunięcie zmiany skórnej piersi** polegające na chirurgicznym usunięciu zmiany skórnej wraz z odpowiednim marginesem zdrowej tkanki.
- inne

Materiał pobrany przy zastosowaniu każdej z wyżej wymienionych technik jest poddawany badaniu cytologicznemu/histopatologicznemu, wynik badania znany jest w terminie późniejszym.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA

a) SPODZIEWANE KORZYŚCI

Korzyści proponowanego leczenia to*:

- postawienie rozpoznania;
- usunięcie zmiany.

b) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Każda ingerencja chirurgiczna obarczona jest ryzykiem wystąpienia powikłań. Dołożymy wszelkich starań by zapewnić pełen sukces zaplanowanego leczenia oraz minimalizację ewentualnych powikłań.

Możliwe powikłania związane z proponowaną diagnostyką zabiegową mogą między innymi polegać na wystąpieniu*:

- krwawienia, krwiaka;
- urazu skóry;
- zakażenia rany;
- rozejścia rany.

c) SKUTKI ODLEGŁE

Konsekwencją przeprowadzenia opisanych w punkcie 2 metod zabiegowej diagnostyki piersi jest powstanie blizny.

d) RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

[] *małe*

[] *średnie*

[] *duże*

*niepotrzebne skreślić



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGÓW
DIAGNOSTYCZNYCH/LECZNICZYCH ZMIAN PIERSI**

4. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej zabiegowej diagnostyki piersi jest w Pani przypadku:

duże

średnie

ograniczone

5. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA

7. KONSEKWENCJE ODMOWY

W przypadku odmowy, rokowanie dla Pani zdrowia jest niepewne, ze względu na brak możliwości postawienia rozpoznania ostatecznego.

8. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym zabiegiem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego zabiegu oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza w zakresie ginekologii i położnictwa udzielającego świadczeń zdrowotnych w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

9. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

- W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią dr..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat proponowanego leczenia.
- Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.
- Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie wskazanej w punkcie 2 metody zabiegowej diagnostyki/leczenia piersi.
- Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na proponowany zabieg operacyjny.
- Oświadczam także, iż posiadam/nie posiadam* pełną(ej) zdolność(ci) do czynności prawnych.

Data oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka lekarza	

Nie zgadzam się na proponowaną mi metodę zabiegową diagnostyki/leczenia piersi. Zostałam poinformowana o możliwych konsekwencjach takiej decyzji.

Data, godzina oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, godzina podpis oraz	



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGÓW
DIAGNOSTYCZNYCH/LECZNICZYCH ZMIAN PIERSI**

pieczęć lekarza

Podpisanie formularza przez pacjentkę lub jej przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe z powodu:

.....
.....

Data, podpis oraz pieczęć
lekarza