

Świadoma zgoda na biopsję tkanki tłuszczowej

Imię i nazwisko.....

Pesel:.....

Rozpoznanie.....

1. Biopsję tkanki tłuszczowej wykonuje się w celu rozpoznania amyloidozy. Materiał pobierany jest najczęściej z podskórnej tkanki tłuszczowej powłok brzucha. Powikłania, które mogą wystąpić w miejscu biopsji to:

siniak i dyskomfort

krwawienie

zakażenie.

W przypadku, gdy pacjent przyjmuje **leki zmniejszające krzepliwość krwi** (aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin, heparyny w zastrzykach), należy poinformować o tym lekarza wykonującego badanie.

Wyrażam świadomą zgodę na biopsję tkanki tłuszczowej. Zostałem/am poinformowany/na o celu i sposobie wykonania powyższej procedury, ryzyku z nią związanym oraz 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)