

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.

BIOPSJA ASPIRACYJNA SZPIKU KOSTNEGO Z MOSTKA– INFORMACJA O BADANIU

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję informujemy w tej ulotce oraz w rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i ewentualnych powikłaniach planowanego badania.

Brak innych dostępnych metod leczenia.

DLACZEGO PROPONUJEMY PANU/PANI TO BADANIE

Na podstawie przeprowadzonego do tej pory badania lekarskiego (wywiad i badanie przedmiotowe) oraz ewentualnie badań dodatkowych istnieje u Pani/Pana podejrzenie choroby w zakresie układu krwiotwórczego. Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z mostka jest bardzo skuteczną metodą diagnostyczną dla oceny tego układu. Badanie może być powtarzane wielokrotnie. Wykonywane jest u pacjentów w każdym wieku, a także u kobiet ciężarnych.

PRZEPROWADZENIE BADANIA

Przed badaniem pacjent nie musi być na czczo. Badanie przeprowadza się w pozycji leżącej na wznak. Osoba wykonująca badanie po dokładnym umyciu skóry okolicy wklucia środkiem odkażającym, dokonuje znieczulenia skóry i okostnej środkiem do znieczulenia miejscowego (w Polsce najczęściej jest to lidokaina). Następnie używając specjalnej igły z rękojeścią i ogranicznikiem głębokości wklucia, okrężnymi ruchami wprowadza igłę do jamy szpikowej. Następnie przy pomocy jałowej strzykawki podłączonej do igły pobiera się 2-15ml treści płynnej szpiku (ilość ml jest zależna od rodzaju zleconych badań). W czasie aspiracji pacjent może odczuwać ból. Igłę wraz ze strzykawką okrężnymi ruchami wyciąga się z kości, a miejsce wklucia zabezpiecza jałowym gazikiem.

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Powikłania podczas biopsji aspiracyjnej szpiku kostnego z mostka zdarzają niezwykle rzadko. Niemniej jednak powodzenie tego badania, jak również absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo może zdarzyć się nadmierne krwawienie z miejsca nakłucia w trakcie zabiegu oraz po zabiegu krwawienie lub krwiak w miejscu wklucia igły. Aby ograniczyć do minimum krwawienia, jak również zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających prosimy o odpowiedzi na pytania:

- 1) Czy występuje u Pani/Pana skaza krwotoczna lub skłonność do krwawień zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź zdolność do powstawania podbiegnięć krwawych po niewielkich urazach mechanicznych.

Tak

Nie

- 2) Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze.

Tak

Nie

- 3) Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, dikumarol, itp.)

Tak

Nie

W przypadku przyjmowania doustnych leków przeciwkrzepliwych wskazana jest zmiana tego leczenia na leczenie przeciwkrzepliwe heparyną drobnocząsteczkową podawaną podskórnie. Należy tego dokonać minimum 5 dni przed planowanym zabiegiem biopsji aspiracyjnej szpiku z mostka (pod nadzorem lekarza kierującego na badanie).

POSTĘPOWANIE PO BADANIU

Po zabiegu zakłada się jałowy opatrunek uciskowy. Opatrunek zdejmuje się w dniu następnym. Wystąpienie krwawienia lub innych niepokojących objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi. Proszę pytać, jeśli czegoś państwo nie zrozumieliście lub chcecie wiedzieć więcej na temat badania.

ŚWIADOMA DEKLARACJA ZGODY PACJENTA

Pan/Pani doktor przeprowadził/a dzisiaj ze mną rozmowę wyjaśniającą, w trakcie której mogłem/am wyjaśnić wszystkie interesujące mnie kwestie dotyczące badania. Uzyskałem/am informacje o potrzebie wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku kostnego z mostka.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

Oświadczam, że uzyskałem/am informację o możliwym ryzyku związanym z potrzebnym zabiegiem diagnostycznym. Oświadczam, iż miałem/łam możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź.

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania.

Zgadzam się również na ewentualne, ponowne wykonanie badania w przypadku nie uzyskania materiału do oceny laboratoryjnej i histopatologicznej.

Bydgoszcz,.....

.....
Nazwisko i imię chorego

.....
Podpis lekarza

.....
Podpis chorego ew. opiekuna prawnego

Nie wyrażam zgody na proponowane badanie. Zostałem/am poinformowany/a o skutkach odmowy zgody na proponowane mi badanie.

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej / zabiegu.

.....
.....
.....

.....
Podpis lekarza

.....
Podpis chorego ew. opiekuna prawnego