

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.

TREPANOBIOPSJA – 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, 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. Trepanobiopsja jest najskuteczniejsza metoda diagnostyczna dla oceny tego układu. Nie ma obecnie innego badania o porównywalnych możliwościach diagnostycznych.

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 zwykle w pozycji leżącej na brzuchu. Najczęściej wybieranym miejscem nakłucia jest kolec biodrowy tylny górny, rzadziej inne elementy grzebienia biodrowego. Punkcji dokonuje się w miejscu, gdzie kość znajduje się najbliżej skóry. Lekarz wykonujący badanie po dokładnym umyciu skóry okolicy wkłucia środkiem odkażającym dokonuje znieczulenia skóry i okostnej środkiem do znieczulenia miejscowego (w Polsce najczęściej jest to lidokaina). Do zabiegu używa się igły trepanobiopsyjnej. Przed nakłuciem nacina się skórę skalpelem. Igłę wprowadza się okrężnymi ruchami poruszając prostopadle do brzegu grzebienia biodrowego, równolegle do płaszczyzny talerza biodrowego. Do osiągnięcia jamy szpikowej należy igłę wprowadzić w głąb kości na ok. 1,5 – 2 cm. Pobiera się treść płynną szpiku kostnego od 2-15 ml do badania cytomorfologicznego (ewentualnie dodatkowo cytogenetycznego, molekularnego, immunofenotypowego) oraz wycinek kości do oceny histopatologicznej. Po zabiegu zakłada się jałowy opatrunek uciskowy. Zaleca się utrzymać ucisk około 2 godzin. Opatrunek zdejmuje się w dniu następnym.

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Powikłaniem podczas trepanobiopsji 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 oraz po zabiegu krwawienie lub krwiak w miejscu wkłucia 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.)

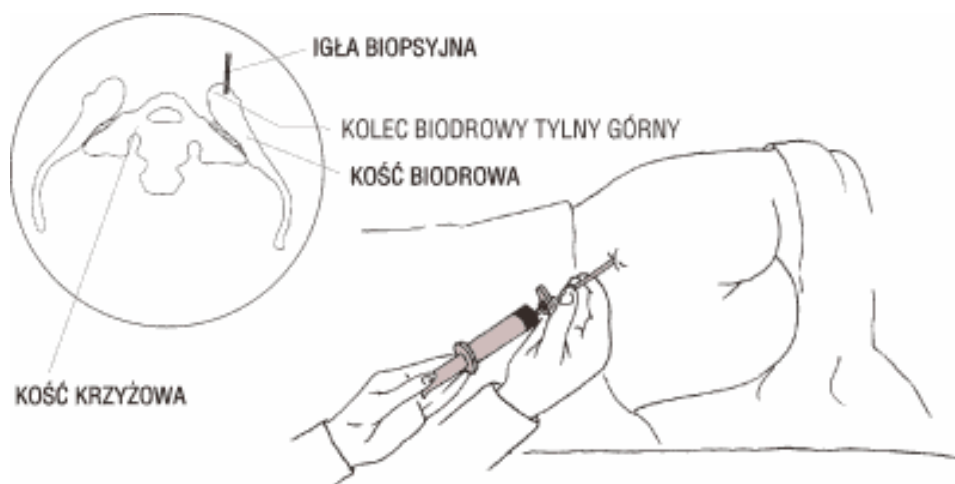
Tak

Nie

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

POSTĘPOWANIE PO BADANIU

Po zabiegu zakłada się jałowy opatrunek uciskowy. Zaleca się utrzymać ucisk około 2 godzin. Opatrunek zdejmuje się w dniu następnym. Wystąpienie krwawienia lub innych niepokojących objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi. Proszę pytać, jeśli czegoś państwo nie rozumieliście lub chcecie wiedzieć więcej na temat badania.



ŚWIADOMA DEKLARACJA ZGODY PACJENTA

Imię i nazwisko: \${pacjent_imie} \${pacjent_nazwisko}

PESEL/Data urodzenia: \${pacjent_pesel_or_data_urodzenia} Nr ks. gł.: \${pacjent_nr_ksiegi}

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 trepanobiopsji.

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 nieuzyskania 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