



Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszcz

ul. dr I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz,

tel.: 52 374 30 00

I część kodu resortowego: 04-00061

Komórka organizacyjna, tel.

VII część kodu resortowego:

Bydgoszcz, dnia

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG BIOPSJA GUZA NERKI

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent: PESEL:
Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

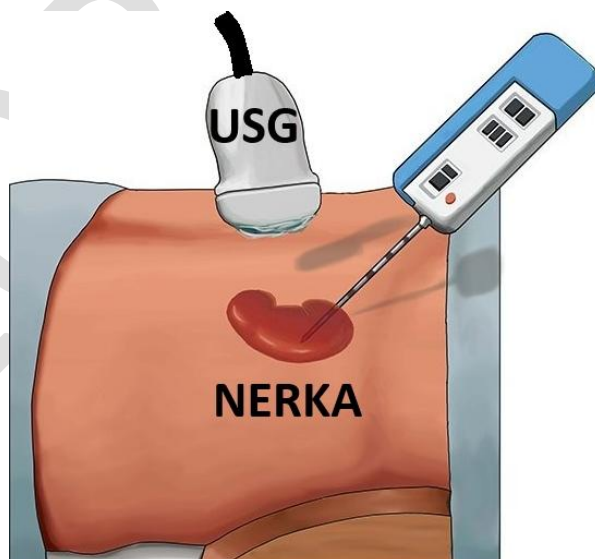
ADRES: Telefon:
ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

KOD ICD-10: Rozpoznanie..... (wg międzynarodowej klasyfikacji)(rozszerzenie rozpoznania)

INFORMACJA O PROPONOWANYM ZABIEGU

DIAGNOSTYCZNYM: BIOPSJA GUZA NERKI

Biopsja jest przeprowadzana w celu diagnozowania guzów o niepewnym charakterze a także w celu udokumentowania rozpoznania nowotworu złośliwego i zastosowania odpowiedniego leczenia. Biopsja jest wykonywana w miejscowym znieczuleniu, przy wykorzystaniu sondy ultrasonograficznej, polega na pobraniu za pomocą igły o średnicy 1,5 mm kilku drobnych fragmentów tkanki guza (wycinków. Pobrany materiał jest poddawany ocenie mikroskopowej (tzw. badanie histopatologiczne).



OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

Biopsja i badanie histopatologiczne pobranych wycinków jest jedynym sposobem wyjaśnienia charakteru zmiany chorobowej stwierdzonej w nerce. Wynik histopatologiczny wycinków z biopsji umożliwia zaplanowanie dalszego postępowania – badań diagnostycznych, leczenia zabiegowego lub radioterapii, ew. leczenia systemowego.



UWAGA: brak potwierdzenia obecności nowotworu w wycinkach pobranych w czasie biopsji nie wystarcza do wykluczenia podejrzenia nowotworu i rezygnacji z dalszych badań, konieczna jest regularna kontrola w poradni urologicznej, po kolejnych badaniach obrazowych może być zaproponowana powtórna biopsja i pobranie wycinków z innych lokalizacji.

RYZYKO ZABIEGU DLA PACJENTA

- **krwawienie z miejsca biopsji, obecność krwi w moczu** - jest to rzadkie następstwo zabiegu, występuje u ok.1 na 25 pacjentów, ustępuje samoistnie w ciągu ok. 1 - 2 dni po zabiegu. Aby ograniczyć ryzyko krwawienia po biopsji należy w pierwszych 7 dniach unikać wysiłku fizycznego, wypijać min. 2 l płynów w ciągu doby, przestrzegać zaleceń lekarza wykonującego biopsję odnośnie stosowania leków wpływających na krzepnięcie krwi.
- **krwiak okołonerkowy wymagający operacji** – zdarza się rzadziej niż raz na 500 zabiegów, interwencja chirurgiczna jest wykonywana w znieczuleniu ogólnym na sali operacyjnej, po stronie krwawiącej nerki wykonywane jest cięcie skóry i mięśni ściany brzucha, po usunięciu krwaka zakładane są szwy na miejsce krwawienia na powierzchni nerki – lub w przypadku wysokiego prawdopodobieństwa rozpoznania choroby nowotworowej – usuwany jest krwawiący guz nerki lub cała nerka, w zależności od rozmiarów i lokalizacji guza.

SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU

Nie udowodniono, że biopsja guza zwiększa ryzyko rozsiewu nowotworu. Nie wykazano niekorzystnych trwałych następstw proponowanego zabiegu.

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

nie istnieje alternatywne postępowanie do proponowanego zabiegu – wykonanie biopsji i ocena mikroskopowa wycinków z guza jest niezbędna do ustalenia rozpoznania klinicznego i zaplanowania dalszej diagnostyki i leczenia.

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

W razie odmowy i rezygnacji z proponowanego zabiegu niemożliwe jest potwierdzenie podejrzanego raka nerki. Nadal może Pani/Pan pozostać pod kontrolą poradni urologicznej, będą wykonywane badania kontrolne krwi i badania obrazowe, będzie ponawiana propozycja biopsji. W miarę upływu czasu należy liczyć się z progresją guza i pojawianiem się objawów choroby nowotworowej - dolegliwości bólowych wymagających coraz większych dawek leków przeciwbólowych, niewydolności nerek wymagającej wprowadzenia cewników przezskórnie bezpośrednio do nerek (tzw. nefrostomii), nawracającego krwimoczu, ciężkiej niedokrwistości, pogorszenia oddychania w razie rozwoju przerzutów w płucach, złamań kości w miejscach rozwoju przerzutów, utraty apetytu i utraty wagi, postępującego osłabienia lub nagłego niedowładu uniemożliwiającego wstanie z łóżka, konieczności stałej obecności



opiekuna w celu przygotowywania posiłków, pielęgnacji, podawania leków. Nagłe stany pogorszenia stanu zdrowia wskutek krwotoku, zatrzymania moczu, niedrożności jelit, niewydolności nerek – mogą wymagać pilnego leczenia w szpitalu, w tym operacji. W tym zaawansowaniu raka ryzyko zgonu jest bardzo wysokie. W terminalnym okresie choroby nowotworowej jest możliwa specjalistyczna opieka medyczna w hospicjum.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez pacjenta czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy jego stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że każdy, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony pewnymi komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego. Jeśli chce Pan uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z lekarzem prowadzącym.

Uwagi pacjenta:

.....

.....

.....

.....

data.....godzina.....

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Oświadczenie

Oświadczam, że informacje o planowanym leczeniu, jego metodzie i możliwych komplikacjach z niego wynikających zostały mi przedstawione przez lekarza w sposób wyczerpujący i przystępny oraz że są one dla mnie całkowicie zrozumiałe. Oświadczam, że miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem stosowne wyjaśnienia zgłaszanych wątpliwości. Zaświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji, udzieliłem lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzanego zabiegu. Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających oraz zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie



sposobu leczenia i przeprowadzenia zabiegu, w jego trakcie, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała zaistniała sytuacja. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

**Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym tekstem
wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie**

data.....godzina.....

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

podpis i pieczęć lekarza

Nie wyrażam zgody się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego i zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

data.....godzina.....

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

podpis i pieczęć lekarza

Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta / jego przedstawiciela ustawowego o planowanym sposobie leczenia oraz pouczyłem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.

data.....godzina.....

.....

podpis i pieczęć lekarza



Zgoda na wykonywanie zdjęć i/lub nagranie zabiegu operacyjnego

Ja niżej podpisany, przyjmuję do wiadomości, że szpital dysponuje warunkami technicznymi pozwalającym na rejestrację w części lub całości niektórych etapów mojego leczenia, w tym zabiegu operacyjnego. Wykonywane zdjęcia i/lub nagrania są pozbawione danych identyfikujących pacjenta, mają charakter anonimowy i ich wykorzystanie jest ograniczone wyłącznie do celów naukowych i szkoleniowych personelu. Wyrażona zgoda na wykonywanie zdjęć i nagrań jest nieograniczona czasowo i terytorialnie, dotyczy wszystkich zdjęć i nagrań wykonanych w procesie leczenia pacjenta. Wobec powyższego:

- ☐ wyrażam zgodę na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.
- ☐ nie wyrażam zgody na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.

data.....godzina.....

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....

.....

.....

.....

data.....godzina.....

.....

podpis i pieczęć lekarza