



**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE BADANIA INWAZYJNEGO**

**PRZEZODBYTNICZA BIOPSJA PROSTATY POD KONTROLĄ  
ULTRASONOGRAFICZNĄ**

(nazwa zabiegu)

Ja niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko pacjenta)

Nr PESEL: ..... Nr Historii Choroby: .....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie operacji: przezodbytniczej biopsji prostaty pod kontrolą ultrasonograficzną polegającej na kilkakrotnym przezodbytnicznym nakłuciu prostaty igłą biopsyjną w celu pobrania wycinków do badania histopatologicznego.

Przezodbytnicza biopsja prostaty pod kontrolą usg jest diagnostycznym badaniem inwazyjnym, którego celem jest potwierdzenie lub wykluczenie obecności komórek nowotworowych w prostacie. Wskazaniami do jej wykonania są podwyższony poziom PSA w surowicy krwi i/lub stwierdzenie zmian patologicznych w prostacie podczas badania palcem przez odbyt. Badanie przeprowadzane jest w znieczuleniu miejscowym przy użyciu żelu ze środkiem znieczulającym wprowadzonym doodbytniczo. Po wprowadzeniu do odbytu głowicy usg i uwidocznieniu prostaty na ekranie monitora, przy pomocy pistoletu biopsyjnego kilkakrotnie nakłuwana się każdy płat prostaty igłą biopsyjną pobierając w ten sposób wycinki do badania histopatologicznego. Z każdego płata prostaty pobiera się conajmniej cztery wycinki. W przypadku prostat o większych rozmiarach lub stwierdzenia w usg zmian patologicznych zwiększa się liczbę nakłuć. O ilości pobranych wycinków decyduje lekarz przeprowadzający badanie.

1. Oświadczam, że zostałem(am) w sposób wyczerpujący i nie budzący moich wątpliwości poinformowany(a) o rodzaju i sposobie przeprowadzenia operacji oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nią ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli przebieg pooperacyjny będzie bez zakłóceń.
2. Co do sposobu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, poinformowano mnie, że zabieg polega na: wielokrotnym nakłuciu prostaty igłą w celu pobrania wycinków do badania histopatologicznego. Badanie będzie przeprowadzone pod kontrolą ultrasonograficzną, przez odbyt.
3. W zakresie ryzyka, w szczególności przedstawiono mi ryzyko wystąpienia:
  - krwawienia śród- lub pooperacyjnego, a w szczególności krwimoczku, obecności krwi w kale lub nasieniu
  - gorączki
  - zapalenia prostaty
  - zapalenia układu moczowego do urosepsy włącznie
  - zatrzymania moczu

Omówiono również ze mną inne możliwe, a nie wymienione powyżej komplikacje. Poinformowano mnie, że niektóre powikłania mogą spowodować czasową lub stałą dysfunkcję organizmu. Wyjątkowo rzadko mogą to być powikłania śmiertelne.

4. Poinformowano mnie, że alternatywne metody badania nie istnieją.
5. Wyrażam zgodę na wykonanie innych, niemożliwych do przewidzenia przed badaniem procedur, koniecznych do osiągnięcia zaplanowanego rezultatu lub usunięcia napotkanych w trakcie badania trudności.
6. Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.
7. Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń przed i po badaniu. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że ich przestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na stan mojego zdrowia.
8. Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem(am) się i zrozumiałem(am) informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Rozumiem ryzyko związane z tym badaniem i zgadzam się na jego wykonanie.

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza

.....  
Data, czytelny podpis pacjenta

.....  
Data, czytelny podpis rodzica/  
przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna faktycznego – właściwe podkreślić

*\*) w przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 rok życia, wymagana jest zgoda pacjenta oraz rodzica/przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*