



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BIOPSJI STEREOTAKTYCZNEJ ZMIANY OGNISKOWEJ OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani zmiany ogniskowe ośrodkowego układu nerwowego. Zmianami ogniskowymi nazywamy ograniczone obszary patologicznych zmian w strukturach mózgu lub rdzenia kręgowego, które mogą mieć różnorodny charakter, w tym nowotworowy, zapalny, naczyniowy, urazowy lub zwyrodnieniowy. Zmiany te mogą być wykrywane za pomocą badań obrazowych, takich jak rezonans magnetyczny (MRI) lub tomografia komputerowa (CT), i często wymagają dalszej diagnostyki w celu określenia ich charakteru.

Zmiany ogniskowe ośrodkowego układu nerwowego są stosunkowo częstym problemem klinicznym, szczególnie w populacji dorosłych i osób starszych. Ich występowanie może być związane z różnorodnymi czynnikami, takimi jak predyspozycje genetyczne, przebyte urazy, infekcje, choroby autoimmunologiczne, a także procesy nowotworowe. Etiopatogeneza zmian ogniskowych jest złożona i zależy od ich rodzaju.

Objawy kliniczne zmian ogniskowych ośrodkowego układu nerwowego są różnorodne i zależą od ich lokalizacji oraz charakteru. Mogą obejmować bóle głowy, napady padaczkowe, zaburzenia neurologiczne, takie jak niedowłady, zaburzenia czucia, problemy z mową, widzeniem lub równowagą. W niektórych przypadkach zmiany te mogą być bezobjawowe i wykrywane przypadkowo podczas badań obrazowych wykonywanych z innych powodów.

Nieleczone zmiany ogniskowe mogą prowadzić do poważnych powikłań, takich jak wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, krwotoki, uszkodzenie sąsiadujących struktur mózgu lub rdzenia kręgowego, a w przypadku zmian nowotworowych – do ich progresji i przerzutów. Dlatego kluczowe jest wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie.

Stwierdzone u Pana/Pani zmiany ogniskowe ośrodkowego układu nerwowego wymagają dalszej diagnostyki, w tym szczegółowych badań obrazowych oraz, w niektórych przypadkach, biopsji. Leczenie zależy od charakteru zmiany i może obejmować obserwację, farmakoterapię, radioterapię, a w przypadku wskazań – leczenie operacyjne.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg poprzedzony zostanie ogoleniem włosów na głowie. O zakresie golenia włosów decyduje lekarz. Zabieg operacyjny przeprowadzony jest z ramy stereotaktycznej. Sam zabieg przeprowadzany jest w **znieczuleniu ogólnym lub miejscowym**. Operacja polega na nacięciu powłok czaszki nad miejscem objętym chorobą. W następnej kolejności lekarz nawierci otwór trepanacyjny w kości czaszki, co umożliwi wprowadzenie igły biopsyjnej celem pobrania materiału tkankowego do badania histopatologicznego. Po uzyskaniu odpowiedniej ilości materiału do badania neurochirurg zakończy zabieg. Po zabiegu operacyjnym wróci Pani/Pan na salę chorych. W przypadku dolegliwości bólowych zlecone będzie miał/a Pan/Pani leki przeciwbólowe. Jeżeli mimo podawanych leków odczuwać będzie Pan/Pani dolegliwości bólowe należy zgłosić to lekarzowi, a zmieni on dawki leków lub dołączy leki.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Oczekiwane korzyści obejmują:

- a) postawienie rozpoznania histopatologicznego choroby,
- b) możliwość kontynuacji leczenia (operacyjnego, chemioterapeutycznego, radioterapeutycznego).

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)

III. Zalecenia pozabiegowe

1. Kontrola ambulatoryjna:

- konieczna będzie regularna kontrola u lekarza prowadzącego w wyznaczonych terminach,
- w niektórych przypadkach wymagane będą dodatkowe (np. badania obrazowe, laboratoryjne).

2. Przyjmowanie leków:

- obowiązkowe jest stosowanie przepisanych leków przeciwbólowych i innych preparatów zgodnie z zaleceniami,
- zmiana dawek lub odstawienie leków wymaga konsultacji z lekarzem.

3. Pielęgnacja rany:

- konieczna jest codzienna higiena rany zgodnie z instrukcją (np. opatrunki, unikanie moczenia),
- szwy lub specjalne opatrunki muszą być usunięte/zmienione w wyznaczonym terminie.

4. Ograniczenia aktywności:

- wymagane jest unikanie wysiłku fizycznego, dźwigania oraz gwałtownych ruchów przez określony czas,
- powrót do pracy lub sportu możliwy wyłącznie po zgodzie lekarza.

5. Rehabilitacja:

- niezbędne może być uczestnictwo w sesjach fizjoterapii lub wykonywanie indywidualnych ćwiczeń w domu.

6. Monitorowanie stanu zdrowia:

- wymagana jest natychmiastowa reakcja na niepokojące objawy: gorączkę, nasilony ból, zaczerwienienie rany, zaburzenia neurologiczne.

7. Dieta i styl życia:

- wskazane jest przestrzeganie zaleceń dietetycznych (np. lekkostrawna dieta) oraz unikanie alkoholu do czasu konsultacji.

W przypadku niestosowania się do zaleceń istnieje ryzyko powikłań lub wydłużenia procesu rekonwalescencji.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Resekcja guza

Resekcja guza to zabieg chirurgiczny polegający na fizycznym usunięciu nowotworu z organizmu. Chirurdzy starają się wyciąć całą widoczną część guza, minimalizując przy tym uszkodzenie zdrowych tkanek. W przypadku guzów mózgu stosuje się techniki takie jak neuronawigacja, mikrochirurgia czy fluorescencja (np. 5-ALA), które zwiększają precyzję. Całkowite usunięcie guza (tzw. resekcja radykalna) często poprawia rokowanie, ale nie zawsze jest możliwe ze względu na lokalizację lub naciekanie ważnych struktur.

Chemioterapia

Chemioterapia to leczenie za pomocą leków niszczących komórki nowotworowe lub hamujących ich wzrost. Leki podaje się doustnie, dożylnie lub bezpośrednio do płynu mózgowo-rdzeniowego. Działa na cały organizm (systemowo), więc może wpływać też na zdrowe komórki, np. szpik kostny czy włosy, co wywołuje działania niepożądane (np. nudności, wypadanie włosów). Do rozpoczęcia chemioterapii konieczne jest rozpoznanie histopatologiczne zmiany ogniskowej.

Radioterapia

Radioterapia wykorzystuje promieniowanie jonizujące (np. fotony, protony) do niszczenia komórek nowotworowych. Napromienia się precyzyjnie obszar guza, by oszczędzić zdrowe tkanki. Stosuje się ją po operacji (aby zniszczyć



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

pozostałe komórki), jako leczenie główne (gdy guz jest nieoperacyjny) lub paliatywnie (np. przy przerzutach do mózgu). Skutki uboczne to m.in. zmęczenie, podrażnienie skóry lub uszkodzenia pobliskich narządów (np. przysadki). Do rozpoczęcia radioterapii konieczne jest rozpoznanie histopatologiczne zmiany ogniskowej.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

1. Przejściowe lub trwałe zaburzenia neurologiczne: ruchowe (osłabienie siły mięśniowej kończyn) i/lub czuciowe (zaburzenia czucia głębokiego, powierzchniowego). W zależności od lokalizacji guza wystąpić mogą także zaburzenia widzenia, zaburzenia funkcji nerwów czaszkowych, czy też zaburzenia stanu świadomości.
2. Po zabiegu operacyjnym mogą wystąpić napady padaczkowe. Dotyczy to zarówno chorych leczonych z powodu padaczki jak i pacjentów, u których do tej pory nie obserwowano napadów padaczkowych. Napady te mogą wystąpić jedynie w okresie pooperacyjnym lub też będą wymagać długotrwałej farmakoterapii.
3. Krwaki nadtwardówkowy, podtwardówkowy i/lub krwiak w łożu pooperacyjnej. Mimo, iż w trakcie operacji neurochirurg szczególną uwagę przykładą do uzyskania pełnej hemostazy w polu operacyjnym, zawsze istnieje ryzyko uaktywnienia się krwawienia w miejscu operacji. Zwiększone ryzyko krwiaka w łożu pooperacyjnej występuje u chorych z zaburzeniami krzepnięcia, nadciśnieniem tętniczym, chorobami naczyń krwionośnych. Jeżeli obecność krwiaka stanowić będzie zagrożenie dla zdrowia i/lub życia pacjenta lekarz podejmie decyzję o ponownej operacji.
4. Obrzęk mózgu, który może być ograniczony do miejsca operacji lub też przyjąć postać uogólnioną. Jeżeli obecność obrzęku mózgu stanowić będzie zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta lekarz podejmie decyzję o ponownej operacji.
5. Pooperacyjne, przewlekłe bóle głowy. Uczucie zdrętwienia skóry nad miejscem operacji.
6. Infekcje:
 - a) powierzchowne infekcje, powodujące przedłużone gojenie się rany, mogące wymagać stosowania miejscowego lub ogólnego antybiotyków. W niektórych przypadkach także rewizji rany. Zwiększone ryzyko infekcji występuje u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę lub chorobę nowotworową, przyjmujących przewlekłe leki sterydowe, u pacjentów ponownie operowanych lub po radioterapii, w przypadku długotrwałych operacji,
 - b) infekcje głębokie - występują rzadziej, a obejmują m.in. ropień nadtwardówkowy, ropień śródmózgowy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu. Zwiększone ryzyko infekcji występuje u osób starszych, przyjmujących przewlekłe leki sterydowe, u chorych z zastosowanym drenażem zewnętrznym układu komorowego, w przypadku długotrwałych operacji,
 - c) infekcje uogólnione - np. zapalenie płuc, infekcje dróg moczowych lub uogólnione zakażenie krwi,
 - d) zwiększone ryzyko infekcji występuje u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę, uogólnioną chorobę nowotworową, przyjmujących przewlekłe leki sterydowe, długotrwałe przebywających w pozycji leżącej, z założonym cewnikiem w drogach moczowych czy też z wkłuciem centralnym.
7. Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego. Płynotok ma wpływ na przebieg gojenia się rany oraz zwiększa ryzyko infekcji. Płynotok może wymagać zastosowania zewnętrznego drenażu lędźwiowego lub ponownej operacji. Ryzyko wystąpienia płynotoku jest większe w grupie chorych operowanych po raz kolejny.
8. Zakrzepica żył głębokich mogąca spowodować zatorowość płucną.
9. Zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia. Ponadto wystąpić mogą powikłania wynikające z zastosowania środków czy też sprzętu medycznego (np.: uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny, zakażenie wirusem zapalenia wątroby). Pojawić się mogą także powikłania wynikające z długotrwałego leżenia w jednej pozycji w trakcie operacji.

Wyżej wymienione powikłania są znanymi efektami niepożądanymi, które spotykano w praktyce. Jednak należy mieć świadomość, że na skutek zabiegu mogą zdarzyć się inne powikłania, trudne do przewidzenia, czy nawet zupełnie niespodziewane. Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

Cukrzyca może powodować zaburzenia gojenia się ran i zwiększać podatność na infekcje, ponieważ podwyższony poziom glukozy osłabia funkcjonowanie układu odpornościowego. Może również negatywnie wpływać na drobne



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

naczynia krwionośne, co utrudnia dostarczanie tlenu i składników odżywczych do operowanych tkanek, spowalniając ich regenerację.

Niekontrolowane lub niestabilne **nadciśnienie tętnicze** może zwiększać ryzyko krwawienia w trakcie operacji oraz prowadzić do gwałtownych wahań ciśnienia krwi. Taka niestabilność krążenia stanowi obciążenie dla serca i mózgu, co wymaga szczególnej uwagi anestezjologicznej w celu uniknięcia powikłań, takich jak udar czy zawał serca.

Migotanie przedsionków to arytmia, która sprzyja powstawaniu skrzeplin w jamach serca. W okresie okołoperacyjnym istnieje ryzyko, że taka skrzepina przemieści się z prądem krwi do mózgu, powodując udar niedokrwienny. Jednocześnie konieczność stosowania leków przeciwzakrzepowych w celu prewencji udaru może zwiększać ryzyko krwawienia podczas samego zabiegu.

Przebyty udar niedokrwienny świadczy o zaawansowanych zmianach w naczyniach krwionośnych, co może zwiększać ryzyko wystąpienia kolejnego incydentu mózgowego w okresie okołoperacyjnym. Obszary mózgu dotknięte wcześniejszym niedokrwieniem są bardziej wrażliwe na wahania ciśnienia tętniczego i ewentualne niedotlenienie podczas znieczulenia.

Insulinooporność może zwiększać ryzyko infekcji i problemów z gojeniem się rany operacyjnej, ponieważ często wiąże się z przewlekłym stanem zapalnym w organizmie. Utrudnia także utrzymanie stabilnego poziomu cukru we krwi w okresie pooperacyjnym, co może negatywnie wpływać na proces zdrowienia.

Astma oskrzelowa może powodować nadreaktywność dróg oddechowych, co stwarza ryzyko skurczu oskrzeli i trudności z wentylacją pacjenta w trakcie znieczulenia ogólnego. Wymaga to odpowiedniego doboru leków anestezjologicznych oraz starannego monitorowania funkcji oddechowych.

Niedoczynność tarczycy spowalnia ogólny metabolizm organizmu, co może wpływać na tempo eliminacji leków stosowanych podczas znieczulenia i po operacji. Może to prowadzić do wydłużonego wybudzania oraz spowolnienia procesów regeneracji tkanek w okresie pooperacyjnym.

Jaskra może wiązać się z ryzykiem niekontrolowanego wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego. Ryzyko to wzrasta zwłaszcza przy długotrwałym ułożeniu pacjenta na brzuchu, które jest częste w operacjach kręgosłupa, a także po podaniu niektórych leków, co może stanowić zagrożenie dla nerwu wzrokowego.

Przewlekłe choroby płuc (w tym zwapnienia czy rozedma) ograniczają rezerwy oddechowe organizmu, co ma szczególne znaczenie podczas znieczulenia ogólnego. Zmniejszona wydolność oddechowa może prowadzić do niedotlenienia i utrudniać powrót do pełnej sprawności oddechowej po zabiegu.

Dyslipidemia (zaburzenia gospodarki cholesterolowej) przyczynia się do rozwoju miażdżycy, która uszkadza ściany naczyń krwionośnych i zwiększa ich podatność na pękanie lub tworzenie zakrzepów. Zwiększa to ogólne ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak zawał serca czy udar mózgu.

Żylaki kończyn dolnych wskazują na przewlekłą niewydolność żylną i mogą zwiększać ryzyko rozwoju zakrzepicy żył głębokich. Ryzyko to jest szczególnie wysokie w okresie pooperacyjnym z powodu ograniczonej mobilności pacjenta, co sprzyja zastojowi krwi w nogach.

Otyłość może znacząco utrudniać techniczne aspekty przeprowadzenia operacji z powodu głębszego położenia struktur anatomicznych. Zwiększa również ryzyko infekcji rany operacyjnej, powikłań zakrzepowo-zatorowych oraz problemów z wydolnością oddechową zarówno w trakcie, jak i po zabiegu.

Przewlekła choroba nerek może zaburzać proces usuwania z organizmu leków i ich metabolitów po operacji, co zwiększa ryzyko ich toksycznego działania. Niewydolność nerek wpływa również na regulację ciśnienia krwi i gospodarkę wodno-elektrolitową, co może komplikować przebieg pooperacyjny.

Choroba wieńcowa (choroba niedokrwienna serca) zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca lub niestabilności hemodynamicznej w okresie okołoperacyjnym. Stres związany z operacją i znieczuleniem stanowi dodatkowe obciążenie dla osłabionego mięśnia sercowego.

Osteoporoza może wpływać na jakość i wytrzymałość tkanki kostnej, co jest szczególnie istotne w operacjach kręgosłupa wymagających zastosowania implantów (np. śrub). Może to mieć znaczenie dla trwałości stabilizacji oraz procesu zrostu kostnego po zabiegu.

Zaburzenia krzepnięcia krwi, zarówno wrodzone, jak i nabyte, mogą zwiększać ryzyko nadmiernego krwawienia w trakcie zabiegu. Z drugiej strony, niektóre z tych zaburzeń mogą sprzyjać powstawaniu niebezpiecznych zakrzepów w okresie pooperacyjnym.

Choroby autoimmunologiczne i leczenie immunosupresyjne (np. sterydami) mogą osłabiać naturalną zdolność organizmu do zwalczania patogenów. Znacząco zwiększa to ryzyko rozwoju ciężkich infekcji w miejscu operowanym lub infekcji ogólnoustrojowych w okresie pooperacyjnym.

Depresja i inne zaburzenia psychiczne mogą wpływać na subiektywne odczuwanie bólu, motywację do rehabilitacji oraz ogólną współpracę pacjenta z personelem medycznym. Może to utrudniać i wydłużać proces powrotu do pełnej sprawności po operacji.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Każdy z tych stanów wymaga indywidualnego planowania operacji, ścisłej współpracy z anestezjologiem oraz czasem odroczenia zabiegu do poprawy kontroli choroby.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko powikłań

☐ małe

☐ średnie

☐ duże

VII. Opis prognozy poooperacyjnej i powikłań odległych

Operacja biopsji stereotaktycznej pozwala na prawidłowe zdiagnozowanie zmiany ogniskowej. Operacja nie jest leczeniem przyczynowym, jest ona jedynie pogłębieniem diagnostyki.

Późne powikłania biopsji stereotaktycznej obejmują głównie skutki związane z uszkodzeniem tkanki mózgowej lub infekcją. Jednym z nich jest opóźnione krwawienie śródczaszkowe, które może wystąpić nawet kilka dni po zabiegu, np. z powodu uszkodzenia naczynia lub rozpadu guza. Nawet niewielki krwiał w obszarach krytycznych (np. pniu mózgu) może prowadzić do nagłego pogorszenia stanu neurologicznego. Zakażenie rozwija się rzadko, zwykle po 1–4 tygodniach, szczególnie u pacjentów z obniżoną odpornością lub przy nieprawidłowej higienie rany. Infekcje wymagają długotrwałej antybiotykoterapii, a czasem drenażu chirurgicznego. Późne deficyty neurologiczne (np. niedowład, zaburzenia mowy) mogą wynikać z obrzęku wokół miejsca biopsji, bliznowacenia lub postępującego wzrostu guza. U pacjentów z padaczką w wywiadzie istnieje ryzyko późnych napadów spowodowanych podrażnieniem tkanki mózgowej. Przewlekły ból głowy lub płynotok (wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego) występuje przy uszkodzeniu opon, zwłaszcza gdy biopsja dotyczyła struktur przylegających do komór. Nieleczony płynotok zwiększa ryzyko zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. U pacjentów z guzami o wysokiej złośliwości (np. glejak) opisuje się rzadkie przypadki rozsiania komórek nowotworowych wzdłuż trajektorii igły biopsyjnej. Wymaga to monitorowania obrazowego (MRI) i ewentualnej radioterapii.

Ryzyko odległych powikłań

☒ małe

☐ średnie

☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Odstąpienie od biopsji stereotaktycznej może prowadzić do opóźnienia prawidłowej diagnozy, co utrudnia wdrożenie celowanej terapii i zwiększa ryzyko progresji choroby. Bez potwierdzenia histopatologicznego trudno jest odróżnić np. glejaka od chłoniaka mózgu lub zmian zapalnych, co może skutkować nieodpowiednim leczeniem (np. chemioterapią bez wskazań lub brakiem koniecznej radioterapii). W przypadku guzów zależnych od markerów molekularnych (np. mutacji IDH w glejakach) brak biopsji uniemożliwia dobór spersonalizowanej terapii. Ponadto, nielezione zmiany w obszarach krytycznych (np. pniu mózgu) mogą powodować narastające deficyty neurologiczne, a nawet zagrażać życiu.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej

BIOPSJI STEREOTAKTYCZNEJ ZMIANY OGNISKOWEJ OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu biopsji stereotaktycznej zmiany ogniskowej ośrodkowego układu nerwowego**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu zabiegu oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstwach rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po zabiegu.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego zabiegu prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie biopsji stereotaktycznej zmiany ogniskowej ośrodkowego układu nerwowego.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie biopsji stereotaktycznej zmiany ogniskowej ośrodkowego układu nerwowego.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie biopsji stereotaktycznej zmiany ogniskowej ośrodkowego układu nerwowego. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowany zabieg.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

_____ data

_____ oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie biopsji stereotaktycznej zmiany ogniskowej ośrodkowego układu nerwowego** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

_____ data i godzina

_____ oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

_____ miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie biopsji stereotaktycznej zmiany ogniskowej ośrodkowego układu nerwowego.**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

_____ data

_____ pieczętka i podpis lekarza