



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 NERKI PRZESZCZEPIONEJ

### I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Jest Pan/Pani pacjentem po przeszczepieniu nerki. Obecnie obserwuje się pogorszenie jej funkcji (np. wzrost stężenia kreatyniny, pojawienie się białkomoczu) lub istnieje konieczność wykonania biopsji protokolarnej (planowej oceny stanu narządu). W celu dokładnego zdiagnozowania przyczyny tych zmian i oceny stanu przeszczepionego narządu, konieczne jest pobranie jego fragmentu do badania mikroskopowego.

### II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Nazwa zabiegu: Biopsja przezskórna nerki przeszczepionej.

Celem zabiegu jest ocena tkanki przeszczepionej nerki w celu rozpoznania lub wykluczenia procesu odrzucania przeszczepu, infekcji (np. wirusem BK), toksycznego uszkodzenia przez leki lub nawrotu choroby podstawowej. Jest to badanie kluczowe dla zachowania funkcji przeszczepu.

Zabieg wykonuje się w **znieczuleniu miejscowym**. Pacjent leży na plecach. Nerka przeszczepiona znajduje się w dole biodrowym (w podbrzuszu). Lekarz, pod kontrolą USG, po znieczuleniu i odkażeniu skóry, wprowadza specjalną igłę biopsyjną do przeszczepionej nerki i pobiera 1-3 cienkie wycinki tkanki. Miejsce wkłucia jest zabezpieczane jałowym opatrunkiem uciskowym. Cała procedura trwa zazwyczaj około 30-60 minut.

**Oczekiwane korzyści:** uzyskanie precyzyjnej diagnozy, co pozwoli na wdrożenie celowanego leczenia (np. leczenia odrzucania) i jest kluczowe dla długoterminowego utrzymania funkcji przeszczepionego narządu i uniknięcia powrotu do dializ.

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

### III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu konieczne jest leżenie płasko przez kilkanaście do 24 godzin w celu zminimalizowania ryzyka krwawienia. Personel medyczny będzie monitorował ciśnienie krwi, tętno oraz okolicę nerki przeszczepionej. Przez około 4-6 tygodni należy unikać wysiłku fizycznego i dźwigania. Należy pilnie zgłosić się do lekarza w przypadku wystąpienia silnego bólu w podbrzuszu, krwimoczu, gorączki lub znacznego osłabienia.

### IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Badania krwi (np. stężenie kreatyniny, stężenie leków immunosupresyjnych) oraz badania obrazowe (USG) mogą jedynie sugerować problem z przeszczepioną nerką. Nie pozwalają jednak na precyzyjne rozróżnienie pomiędzy odrzucaniem,



infekcją a toksycznością leków. Biopsja jest jedyną metodą ("złotym standardem"), która pozwala na postawienie pewnego rozpoznania i wdrożenie właściwego leczenia.

## V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub zabiegiem

Każdy zabieg medyczny wiąże się z ryzykiem.

Typowe następstwa i możliwe powikłania biopsji nerki przeszczepionej to:

1. Krwawienie: najczęstsze powikłanie. Zwykle objawia się jako niewielki krwimocz (krew w moczu) lub krwiak wokół przeszczepionej nerki.
2. Poważne krwawienie: rzadko krwawienie jest na tyle nasilone, że wymaga przetoczenia krwi, interwencji radiologicznej (zamknięcia krwawiącego naczynia) lub, w skrajnych przypadkach, operacji chirurgicznej.
3. Ból w miejscu biopsji (w podbrzuszu).
4. Przetoka tętniczo-żylna w nerce (nieprawidłowe połączenie naczyń), która zazwyczaj zamyka się samoistnie (rzadko).
5. Uszkodzenie przeszczepu lub sąsiadujących struktur (bardzo rzadko).
6. Zakażenie (bardzo rzadko).
7. Pobranie niediagnostycznego materiału, co może skutkować koniecznością powtórzenia biopsji.

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

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem, np. zwiększone ryzyko krwawienia u pacjentów z zaburzeniami krzepnięcia, zwiększone ryzyko infekcji w związku z leczeniem immunosupresyjnym.)

Ryzyko zabiegu oceniane na podstawie skali: \_\_\_\_\_

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[ ] małe

[ ] średnie

[ ] duże

## VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

Biopsja nerki jest ogólnie uważana za bezpieczny zabieg a poważne powikłania wymagające interwencji chirurgicznej zdarzają się rzadko (około 0,1–0,2% przypadków).

Ryzyko odległych powikłań

[ ] małe

[ ] średnie

[ ] duże

## VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z biopsji uniemożliwi postawienie precyzyjnej diagnozy dysfunkcji przeszczepu. Brak właściwego rozpoznania i leczenia (np. nieleczone odrzucanie) prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia i utraty przeszczepionej nerki, a w konsekwencji do konieczności powrotu do leczenia nerkozastępczego (dializ).

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



## IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego

### ZABIEGU BIOPSJI NERKI PRZESZCZEPIONEJ

W dniu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ lekarz .....

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu biopsji nerki przeszczepionej**.

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 jego 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



**W związku z powyższym:**

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu biopsji nerki przeszczepionej.**

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 zaproponowanego zabiegu biopsji nerki przeszczepionej.**

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 zabiegu biopsji nerki przeszczepionej. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)*

\_\_\_\_\_  
data i godzina

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Pacjenta

\_\_\_\_\_  
data i godzina

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Przedstawiciela  
ustawowego Pacjenta



## 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/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem/am odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem/am 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 **zabiegu biopsji nerki przeszczepionej** 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 sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu biopsji nerki przeszczepionej**

*(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