



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 SKÓRY

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

Biopsję skóry wykonuje się m.in. w diagnostyce:

- chorób autoimmunologicznych (np. twardzina układowa, toczeń rumieniowaty, zapalenia skórno-mięśniowe),
- chorób zapalnych skóry (np. łuszczyca, liszaj płaski),
- chorób infekcyjnych (gruźlica skóry, grzybice głębokie),
- nowotworów skóry (czerniak, rak podstawnocomórkowy, rak kolczystocomórkowy),
- innych dermatoz o niejasnym obrazie klinicznym.

### II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Biopsja skóry jest małoinwazyjnym zabiegiem diagnostycznym polegającym na pobraniu wycinka skóry do badania histopatologicznego. Procedura wykonywana jest w warunkach ambulatoryjnych, najczęściej w trybie jednorazowym.

#### Przebieg zabiegu:

Po dezynfekcji pola operacyjnego lekarz podaje znieczulenie miejscowe, zwykle w postaci iniekcji roztworu lidokainy 1–2% podskórną w miejscu planowanego pobrania. Po uzyskaniu pełnej analgezji pobiera się fragment skóry przy użyciu noża chirurgicznego (biopsja wycinająca) lub specjalnego trepanu skórno (biopsja „punch”). Pobrany materiał utrzuca się w formalinie i przekazuje do pracowni histopatologicznej. Ranę zaopatruje się szwem chirurgicznym lub opatrunkiem uciskowym, w zależności od wielkości ubytku.

#### Znieczulenie:

Stosowane jest miejscowe znieczulenie nasiękowe lidokainą, rzadziej z dodatkiem adrenaliny (dla zmniejszenia krwawienia). Dzięki temu zabieg jest dla pacjenta praktycznie bezbolesny.

#### Oczekiwane korzyści:

- uzyskanie materiału diagnostycznego umożliwiającego ocenę histopatologiczną zmian skórnych,
- potwierdzenie lub wykluczenie chorób dermatologicznych, autoimmunologicznych czy nowotworowych,
- ukierunkowanie dalszego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego,
- szybka i stosunkowo bezpieczna procedura o niewielkim ryzyku powikłań.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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

### III. Zalecenia pozabiegowe

#### 1. Higiena i opatrunek:

- utrzymywać ranę w czystości i suchości przez pierwsze 24 godziny,
- po tym czasie opatrunek można zmieniać codziennie, stosując jałowy gazik i środek odkażający (np. Octenisept, roztwór chlorheksydydny),
- unikać moczenia rany (kąpiel w wannie, basen, sauna) do czasu pełnego zagojenia.

#### 2. Ochrona miejsca biopsji:

- chronić ranę przed urazami i otarciami,
- w przypadku lokalizacji na kończynie – zaleca się ograniczenie wysiłku fizycznego i nadmiernego rozciągania skóry w tym obszarze.

#### 3. Ból i dyskomfort:

- dopuszczalne jest stosowanie doustnych leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty (np. paracetamol, ibuprofen),
- należy unikać aspiryny, jeśli nie została zalecona, ze względu na ryzyko przedłużonego krwawienia.

#### 4. Szycie i zdjęcie szwów:

- w przypadku zaopatrzenia rany szwami – zaleca się ich zdjęcie po 7–14 dniach, w zależności od lokalizacji (na twarzy wcześniej, na plecach lub kończynach później),
- do czasu zdjęcia szwów nie usuwać opatrunku ochronnego bez wskazań lekarza.

#### 5. Objawy alarmowe:

- skontaktować się z lekarzem w razie: narastającego bólu, obrzęku, zaczerwienienia, wysięku ropnego lub gorączki,
- w przypadku nagłego krwawienia – ucisnąć ranę jałowym gazikiem i zgłosić się do poradni.

### IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Inne metody diagnostyczne stosowane zamiast biopsji skóry:

- 1) Kapilaroskopia – nieinwazyjna ocena mikrokrażenia w obrębie wałów paznokciowych, szczególnie przydatna w diagnostyce chorób tkanki łącznej (np. twardziny układowej);
- 2) Badania serologiczne – oznaczanie autoprzeciwciał (ANA, ACA, anty-Scl-70, anty-RNP), pomocne w rozpoznaniu chorób autoimmunologicznych;
- 3) Dermoskopia i wideodermoskopia – umożliwia ocenę struktur barwnikowych i naczyniowych skóry, stosowana głównie w diagnostyce nowotworów i dermatoz zapalnych;



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- 4) Nieinwazyjne techniki obrazowania skóry – ultrasonografia wysokiej częstotliwości, optyczna koherentna tomografia (OCT), konfokalna mikroskopia laserowa – pozwalają na ocenę grubości, struktury i stopnia włóknienia skóry.

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

Biopsja skóry jest procedurą stosunkowo bezpieczną i rzadko wiąże się z poważnymi powikłaniami. Mogą jednak wystąpić następujące niepożądane zdarzenia:

- 1) Krwawienie i krwiak – niewielkie krwawienie śród- lub pozabiegowe występuje stosunkowo często, zwykle ustępuje po zaopatrzeniu rany opatrunkiem uciskowym. U pacjentów przyjmujących leki przeciwkrzepliwe ryzyko krwiaka jest zwiększone;
- 2) Zakażenie rany – rzadkie powikłanie, manifestujące się zaczerwienieniem, obrzękiem, bolesnością, obecnością ropnej wydzieliny; wymaga antyseptyki miejscowej, czasami antybiotykoterapii;
- 3) Blizna i zaburzenia gojenia – u większości pacjentów pozostaje niewielka, punktowa blizna. U osób predysponowanych możliwy jest rozwój bliznowca (keloidu) lub przerostu blizny;
- 4) Reakcje niepożądane na znieczulenie miejscowe – najczęściej ograniczone do przemijającego pieczenia lub obrzęku w miejscu iniekcji. Reakcje alergiczne są wyjątkowo rzadkie;
- 5) Uszkodzenie struktur sąsiadujących – w przypadku głębszej biopsji istnieje minimalne ryzyko uszkodzenia drobnych naczyń lub powierzchownych gałązek nerwowych, co może powodować przejściowe zaburzenia czucia;
- 6) Dehiscencja rany – zwłaszcza w miejscach narażonych na napięcie skóry (plecy, kończyny), gdy rana nie została odpowiednio zaopatrzona lub pacjent nie przestrzega zaleceń pozabiegowych.

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

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

Ryzyko operacji: \_\_\_\_\_

Ryzyko powikłań dla zabiegów „małych”

[ ] małe

[ ] średnie

[ ] duże

## VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Powikłania odległe po biopsji skóry:

- 1) Blizny – najczęściej drobne, punktowe; u osób predysponowanych możliwe blizny przerosłe lub keloidy;
- 2) Przebarwienia lub odbarwienia skóry – zmiany pigmentacyjne w obrębie blizny, szczególnie u pacjentów o ciemniejszej karnacji;
- 3) Zaburzenia czucia – parestezje, hipostezja lub rzadziej przewlekła neuralgia w miejscu biopsji, związane z uszkodzeniem drobnych włókien nerwowych;
- 4) Zanik skóry lub tkanki podskórnej – bardzo rzadki, może wystąpić po głębszych biopsjach;
- 5) Nawrót zmian chorobowych – w przypadku pobrania materiału ze zmiany patologicznej, która nie została całkowicie usunięta.

Ryzyko odległych powikłań

[ ] małe

[ ] średnie

[ ] duże



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

### **VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia**

Odmowa wykonania biopsji skóry może prowadzić do istotnych ograniczeń diagnostycznych i terapeutycznych. Do potencjalnych konsekwencji należą:

- 1) Brak jednoznacznego rozpoznania – niemożność potwierdzenia lub wykluczenia choroby skórnej lub układowej;
- 2) Opóźnienie diagnozy – wydłużenie czasu do ustalenia przyczyny zmian skórnych, co może skutkować progresją choroby;
- 3) Ryzyko błędnego leczenia – zastosowanie terapii empirycznej bez rozpoznania histopatologicznego, co może być nieskuteczne lub obarczone działaniami niepożądanymi;
- 4) Brak możliwości różnicowania zmian nowotworowych – szczególnie istotne w diagnostyce czerniaka i raków skóry, gdzie opóźnienie rozpoznania pogarsza rokowanie;
- 5) Utrudniona ocena aktywności i zaawansowania chorób autoimmunologicznych – biopsja bywa kluczowa dla określenia stopnia włóknienia, obecności nacieków zapalnych i aktywności procesu chorobowego.

*(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 SKÓRY

W dniu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ lekarz .....  
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej biopsji skóry**.

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 operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego zabiegu, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty biopsji skóry 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 proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:*

Przed rozpoczęciem operacji 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 zaproponowanej biopsji skóry.

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 zaproponowanej biopsji skóry.

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 skóry 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 zaproponowaną operację.

**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 zaproponowanej biopsji skóry 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 skóry.**

*(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