



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 ZABIEGU DIAGNOSTYCZNEGO / LECZNICZEGO (BIOPSJA SKÓRY)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani _____

Zmiana ta budzi wątpliwości co do swojego charakteru klinicznego (np. przewlekłe utrzymywanie się, zmiana wyglądu, nieprawidłowe gojenie, nietypowe zabarwienie lub kształt). W celu ustalenia rozpoznania konieczne jest pobranie fragmentu skóry do badania histopatologicznego, które pozwoli określić charakter zmiany (łagodny, zapalny, nowotworowy) oraz zaplanować dalsze leczenie.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Proponowanym postępowaniem jest zabieg diagnostyczny polegający na pobraniu fragmentu skóry (biopsja) w celu przeprowadzenia badania histopatologicznego. W zależności od wskazań klinicznych może to być biopsja wycinkowa (pobranie części zmiany) lub biopsja całkowita (radykalne usunięcie zmiany).

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym 2% preparatem lignokainy lub chlorkiem etylu, poprzez podanie środka znieczulającego w okolicę zmiany. Po uzyskaniu odpowiedniego znieczulenia lekarz pobiera materiał, a następnie zabezpiecza ranę (np. założenie szwów lub opatrunku).

Oczekiwane korzyści z zabiegu obejmują:

- uzyskanie materiału niezbędnego do badania histopatologicznego,
- postawienie ostatecznego rozpoznania choroby skóry,
- możliwość zaplanowania i wdrożenia właściwego leczenia,
- w przypadku biopsji całkowitej – radykalne usunięcie zmiany skórnej.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu biopsji skóry w miejscu pobrania materiału może wystąpić niewielki ból, zaczerwienienie, obrzęk lub krwiak. Objawy te są zazwyczaj krótkotrwałe i ustępują samoistnie.

Pacjent powinien:

- utrzymywać miejsce zabiegowe w czystości i suchości,
- stosować opatrunek zgodnie z zaleceniem lekarza,
- unikać moczenia rany (kąpiel, basen, sauna) do czasu jej wygojenia lub zdjęcia szwów,
- nie usuwać samodzielnie szwów ani opatrunku, jeśli nie zaleci tego lekarz,
- stosować ewentualne preparaty miejscowe zgodnie z zaleceniami,
- zgłosić się na kontrolę w wyznaczonym terminie (np. w celu zdjęcia szwów lub oceny gojenia),
- unikać wysiłku fizycznego mogącego spowodować rozejście się rany w miejscu pobrania wycinka.

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów, takich jak nasilony ból, obfite krwawienie, ropna wydzielina, gorączka lub inne objawy ogólne, pacjent powinien niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywą dla biopsji skóry mogą być inne metody diagnostyczne lub postępowanie zachowawcze, jednak nie zapewniają one pełnej wiarygodności w ocenie charakteru zmiany. Do metod tych należą m.in.:

- **Ocena kliniczna i dermatoskopowa** – pozwala na wstępną ocenę zmiany skórnej bez naruszania ciągłości tkanek, jednak nie daje pewności co do ostatecznego rozpoznania histopatologicznego.
- **Badania obrazowe (np. USG skóry i tkanki podskórnej)** – mogą wspierać diagnostykę, ale nie zastępują badania mikroskopowego pobranego materiału.
- **Obserwacja zmiany w czasie** – w przypadku zmian o charakterze łagodnym możliwa jest kontrola dermatologiczna w określonych odstępach czasu; niesie to jednak ryzyko przeoczenia potencjalnej transformacji nowotworowej.
- **Całkowite chirurgiczne usunięcie zmiany bez wcześniejszej biopsji wycinkowej** – stosowane, gdy zmiana klinicznie sugeruje konieczność leczenia radykalnego; metoda ta jest bardziej inwazyjna.

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

Biopsja skóry jest zabiegiem małoinwazyjnym i bezpiecznym, jednak – jak każda procedura medyczna – może wiązać się z ryzykiem wystąpienia powikłań. Do najczęstszych należą:

- ból, tkliwość i obrzęk w miejscu pobrania wycinka,
- krwawienie śród- lub pozabiegowe,
- powstanie krwiaka lub niewielkiej blizny,
- zakażenie rany wymagające leczenia miejscowego lub antybiotykoterapii,
- rozejście się rany lub opóźnione gojenie,
- reakcja alergiczna na środek znieczulający lub materiały opatrunkowe,
- w rzadkich przypadkach – powstanie blizny przerostowej lub bliznowca.

Pacjent został poinformowany, że powikłania te zdarzają się stosunkowo rzadko i zazwyczaj ustępują po odpowiednim leczeniu.

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

Ryzyko powikłań po biopsji skóry może być większe u pacjentów obciążonych dodatkowymi chorobami lub przyjmujących niektóre leki. Do czynników zwiększających ryzyko należą m.in.:



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- zaburzenia krzepnięcia krwi lub stosowanie leków przeciwkrzepliwych,
- cukrzyca (wolniejsze gojenie, większa podatność na infekcje),
- choroby przewlekłe osłabiające odporność (np. nowotwory, choroby autoimmunologiczne, leczenie immunosupresyjne),
- skłonność do tworzenia się blizn przerostowych lub bliznowców,
- alergie na środki znieczulenia miejscowego lub materiały opatrunkowe,
- zaburzenia krążenia obwodowego.

Lekarz prowadzący dokonuje indywidualnej oceny ryzyka u danego pacjenta i uwzględnia to w decyzji o przeprowadzeniu zabiegu.

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

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

Biopsja skóry jest zabiegiem diagnostycznym lub diagnostyczno-leczniczym o dobrym rokowaniu pozabiegowym. Rana zazwyczaj goi się w ciągu kilku do kilkunastu dni, w zależności od miejsca pobrania wycinka, wielkości zmiany oraz indywidualnych predyspozycji pacjenta. W przypadku założenia szwów są one zwykle zdejmowane po 7–14 dniach.

Ostateczny wynik histopatologiczny pozwala na ustalenie charakteru zmiany i zaplanowanie dalszego leczenia. W większości przypadków rokowanie co do gojenia jest dobre, a powikłania odległe występują rzadko.

Do możliwych odległych następstw należą:

- powstanie niewielkiej, trwałej blizny w miejscu pobrania wycinka,
- utrzymujące się przebarwienia lub odbarwienia skóry,
- w rzadkich przypadkach – blizna przerostowa lub bliznowiec,
- sporadycznie – przedłużone zaburzenia czucia w okolicy zabiegowej.

Pacjent został poinformowany, że ostateczny efekt gojenia zależy od przestrzegania zaleceń pozabiegowych, indywidualnych zdolności regeneracyjnych skóry oraz lokalizacji pobranego wycinka.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z wykonania biopsji skóry niemożliwe będzie uzyskanie materiału do badania histopatologicznego, które stanowi jedyną metodę pozwalającą na postawienie ostatecznego i wiarygodnego rozpoznania charakteru zmiany.

Możliwe następstwa odstąpienia od zabiegu:

- utrzymywanie się niepewności diagnostycznej co do charakteru zmiany (łagodny vs. złośliwy),
- brak możliwości zaplanowania właściwego leczenia,
- ryzyko przeoczenia wczesnych zmian nowotworowych lub przednowotworowych,
- możliwość dalszego powiększania się zmiany skórnej i związanych z tym dolegliwości,
- w przypadku chorób wymagających szybkiej interwencji – opóźnienie rozpoznania i leczenia, co może pogorszyć rokowanie.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Pacjent został poinformowany, że rezygnacja z biopsji skóry wiąże się z koniecznością ścisłej kontroli dermatologicznej i obserwacji zmiany, co jednak nie zastępuje badania histopatologicznego.

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

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego

ZABIEGU DIAGNOSTYCZNEGO / LECZNICZEGO (BIOPSJA SKÓRY)

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu diagnostycznego / leczniczego (biopsja 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 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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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 diagnostycznego / leczniczego (biopsja 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 zaproponowanego zabiegu diagnostycznego / leczniczego (biopsja 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 zabiegu diagnostycznego (biopsja skóry). Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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 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.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (podpis i pieczęć)

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 zaproponowanego zabiegu diagnostycznego / leczniczego (biopsja skóry)** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego oświadczenie
(podpis i pieczęć)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu diagnostycznego / leczniczego (biopsja 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

podpis i pieczęć lekarza