…………………….………………………………………

 PIECZĄTKA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię ………………………………… Nazwisko ……………………………………………………

Biopsja wątroby jest badaniem diagnostycznym polegającym na pobraniu specjalną igłą wycinka nadającego się do badania histopotologicznego. Zabieg wykonywany jest celem rozpoznania, oceny aktywności, zaawansowania i monitorowania przewlekłych chorób wątroby. Pacjent w dniu zabiegu powinien pozostawać na czczo.

Najczęściej nakłucia wątroby igłą biopsyjną dokonuje się w linii pachowej środkowej prawej w IX lub X międzyżebrzu, po wykonaniu znieczulenia miejscowego, np.2% Lignocainum hydrochloridum i niewielkim nacięciu skóry i tkanki podskórnej. Bezpośrednio przed pobraniem bioptatu pacjent powinien wykonać wdech i wstrzymać oddech. Samo pobranie materiału trwa krótko około 2 sekund.

**Najczęstsze powikłania po zabiegu to:**

1. Ból brzucha lub ból prawego barku ustępujący po lekach przeciwbólowych.
2. Spadek ciśnienia tętniczego.
3. Krwiak podtorebkowy lub śródwątrobowy nie wymagający interwencji chirurgicznej.

**Rzadkie to:**

1. Odma opłucnowa lub podskórna.
2. Poważne krwawienia do jamy opłucnowej lub otrzewnowej.
3. Nakłucie sąsiednich narządów (nerki lub pęcherzyka żółciowego)
4. Zapalenie otrzewnej
5. Ropień podprzeponowy
6. Krwawienie do dróg żółciowych
7. Złamanie igły biopsyjnej
8. Zgon najczęściej w wyniku krwawienia (0,01%)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Niniejszym oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o celu proponowanego zabiegu jego skutkach oraz o ryzyku wystąpienia powikłań z nim związanych. Zrozumiałem(am) wyjaśnienia lekarza związane z proponowanym postępowaniem i nie mam więcej pytań.

………………………………………………………….

 data, czytelny podpis pacjenta

………………………………………………………….

 data, czytelny podpis opiekuna

**ZGODA PACJENTA**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu. Wyrażam także zgodę na inne procedury medyczne, które mogą okazać się konieczne do wykonania w trakcie zabiegu. W pełni zrozumiałem(am) wyjaśnienia lekarza związane z proponowanym postępowaniem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

…………………………………………………………. ………………………………………………………….

 data, podpis i pieczątka lekarza data, czytelny podpis pacjenta

………………………………………………………….

data, czytelny podpis opiekuna