

**Zgoda na BACC (Biopsję Aspiracyjną Cienkoigłową Celowaną) pod kontrolą USG,
palpacyjną i /lub na pobranie materiału cytologicznego ze zmian powierzchniowych
(zdrapanie)**

w Patolog s. c. J& J Głowaccy

Pracownia Profilaktyki i Diagnostyki Onkologicznej

(87-100 Toruń, ul. Janiny Bartkiewiczówny 85)

Ja /Imię i Nazwisko/

.....
.....

Pesel/ Data urodzenia

.....
.....

Badana część ciała/ okolica

.....
.....

Cel badania: pobranie komórek ze zmiany, za pomocą **biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej (BACC) lub „zdrapania”** niezbędnych do prawidłowego zdiagnozowania choroby i ustalenia sposobu i środków leczenia .

Metodyka badania BACC : Po ocenie wcześniej wykonanych badań obrazowych (USG, TK, mammografii i innych) LSP lokalizuje zmianę przy użyciu USG, ewentualnie badaniem palpacyjnym , dezynfekuje skórę, nakłuwa przez skórę zmianę cienką igłą, grubości od 0,5 do 0,7 mm w zależności od narządu i okolicy ciała , następnie sprawdza położenie końcówki igły pod kontrolą USG ,poruszając igłą w zmianie pobiera się komórki ze zmiany, po czym wycofuje igłą. Miejsce wkłucia LSP zabezpiecza jałowym gazikiem i poleca ucisnąć punktowo okolicę nakłuwaną.

Metodyka badania „zdrapania”: Po ocenie klinicznej LSP lokalizuje zmianę ,dezynfekuje skórę, i zdrapuje szkiełkiem podstawowym komórki z powierzchni . Miejsce pobrania materiału LSP zabezpiecza jałowym gazikiem i poleca ucisnąć punktowo okolicę badaną.

Należy mocno ucisnąć miejsce pobrania materiału w celu zahamowania krwawienia.

Przeciwwskazaniami do wykonania badania zmiany są: zmiany ropne na skórze w miejscu pobrania oraz znacznego stopnia zaburzenia krzepnięcia krwi.

Natęstwa: w miejscu pobrania może pojawić się niewielkie krwawienie, przy złym uciśnięciu miejsca –krwiak. Przy nakłuciu zmiany w obrębie klatki piersiowej może wystąpić odma opłucnowa.

W czasie pobierania materiału konieczna jest ścisła współpraca badanego z LSP , która najczęściej zmniejsza niepotrzebne konsekwencje zabiegu.

Uwaga :LSP oznacza Lekarz Specjalista Patomorfolog

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wyżej opisany zabieg

Podpis pacjenta.....

Nie wyrażam zgody na wyżej opisany zabieg

Podpis pacjenta.....

Data i podpis lekarza informującego.....