ŽUPANIJSKA BOLNICA ČAKOVEC

ODJEL ZA PATOLOGIJU I CITOLOGIJU

PRINT

OP-001.03-CIT

Obaviješteni pristanak za citološku punkciju tankom iglom pod kontrolom UZV

Ime i prezime pacijenta: _____

Spol: ☐ **M** ☐ **Ž** ***Datum rođenja:*** _____

***MBO osigurane osobe*:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresa: _____ ***Telefon*:** _____

Dijagnoza: _____

***Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika*:** _____

OPIS POSTUPKA: Citološka punkcija pod kontrolom ultrazvuka je pretraga koju indicira (preporučuje) radiolog za različite sumnjive promjene organa dostupnih punkciji (dojka, štitna žlijezda, pljuvačne žlijezde, limfni čvorovi,...). Pretraga počinje tako da se ultrazvučnom sondom prikaže sumnjiva promjena, dezinficira se područje uboda i pristupa punkciji tankom iglom, vizualizira se vrh igle na željenom mjestu i aspiracijom uzima materijal za citološku analizu.
Nakon toga se mjesto očisti od gela i pokrije sterilnom gazom.

DOBROBIT-RAZLOG VRŠENJA PRETRAGE: Punkcijom pod kontrolom ultrazvuka se na minimalno invazivan način dobije materijal iz promjena organa za dijagnostiku dobroćudnih i zloćudnih bolesti kao i za praćenje i kontroliranje promjena nakon operacija
(npr. punkcije limfnih čvorova nakon operacija malignih tumora).

RIZICI KOD POSTUPKA:

a) pojačano krvarenje (nastanak hematoma),
b) infekcija mjesta punkcije,
c) nastanak pneumotoraksa kod punkcije, promjena na prsištu i u pazuhu

ZAMJENSKI POSTUPAK: Kao zamjenski postupak se može navesti kirurška biopsija otekline koja je znatno agresivnija pretraga i uglavnom slijedi nakon citološke punkcije i analize ukoliko je to potrebno. Ove dvije metode(citološka punkcija i kirurška biopsija) se više dopunjavaju nego zamjenjuju jedna drugu. Kod promjena dojke se u određenim slučajevima može provesti i biopsija debljom iglom (core biopsija). Ove dvije metode (citološka punkcija i core biopsija) se više dopunjavaju nego zamjenjuju jedna drugu.

Obaviješten/a sam da se pri izvođenju ovog medicinskog postupka mogu dogoditi poznate i druge rijetke komplikacije poznatog i nepoznatog uzroka. Obaviješten/a sam i pristajem da se uzorak koji se ovim postupkom dobije dalje analizira, šalje na analizu u druge ustanove te se može uništiti prema zakonu.

IZJAVLJUJEM DA SLOBODNOM VOLJOM, UTEMELJENOJ NA POTPUNOJ OBAVIJEŠTENOSTI O PREPORUČENOM DIJAGNOSTIČKOM, ODNOSNO TERAPIJSKOM POSTUPKU

DAJEM SUGLASNOST
za prihvaćanje preporučenog dijagnostičkog postupka

Datum:_____

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/ skrbnika: Potpis i faksimil liječnika:

_____ _____