

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА БИОПСИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Имя, фамилия пациента \_\_\_\_\_

Персональный код \_\_\_\_\_

Медицинские манипуляции, в том числе биопсия щитовидной железы, проводятся по медицинским показаниям и обычно проходят без осложнений. В то же время важно сознавать, что манипуляция включает в себя ряд факторов риска, от небольших до серьезных.

### **РЕАКЦИЯ НА МЕДИКАМЕНТЫ, АНЕСТЕЗИЮ И ДРУГИЕ ВЕЩЕСТВА**

Неожиданные аллергические и другие реакции возможны на любой медикамент или средство наркоза. Чтобы уменьшить потенциальные риски, важно информировать своего врача о любых реакциях, которые у Вас были при употреблении медикаментов или других веществ. Существенно важно информировать врачей о том, какие медикаменты Вы принимали в течение последних шести месяцев, включая биологически активные добавки, наркотики и др.

### **КРОВОТЕЧЕНИЕ**

Умеренное кровотечение из затронутых кровеносных сосудов возникает во время любой инвазивной манипуляции. Оно обычно останавливается само при сдавлении места манипуляции. В отдельных случаях может образоваться гематома, для ликвидации которой могут быть необходимы инвазивные манипуляции.

### **ИНФЕКЦИЯ**

Инфекция – это заражение организма бактериями или другими микроорганизмами, которое может произойти при проведении любого разреза кожи или пункции. Во время манипуляции соблюдаются принципы асептики и антисептики. Обычно процесс заживления протекает без осложнений, однако в редких случаях может произойти инфицирование раны и могут быть необходимы хирургические манипуляции или антибактериальная терапия, чтобы ликвидировать последствия инфекции.

### **ДРУГИЕ РИСКИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ**

Невозможно включить в список все риски медицинской манипуляции. Хотя Вы выбрали данный метод диагностики, у Вас была возможность выбрать другой метод, получить информацию по любому интересующему Вас вопросу, а также выбрать другого врача.



## АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ (исследование кисты, образования)

**Ход исследования:** Кожу в месте проведения биопсии обрабатывают дезинфицирующим средством (*Cutasept*), анестезируют р-ром лидокаина 2%. Под УЗИ-контролем выполняют пункцию кисты или образования (введение пункционной иглы в зоне кисты/образования), аспирируют (отсасывают) содержимое кисты/образования. Чтобы полученная информация была точнее, клетки необходимо взять из нескольких мест узла или из нескольких узлов, поэтому такие пункции повторяют до 5 раз. Материал биопсии направляют в лабораторию для цитологического исследования. На место пункции накладывают стерильную повязку.

📌 **Информируем:** если при проведении аспирационной биопсии щитовидной железы не удастся получить достаточно информативного цитологического материала для проведения дальнейших анализов, то пункцию будет необходимо провести повторно. За проведенную манипуляцию деньги не возвращаются.

### Исследования нельзя проводить (противопоказания):

- если имеется местное повреждение кожи, кожная инфекция в планируемом месте пункции.
- если длительно применялись разжижающие кровь препараты (аспирин, варфарин и т.п.) – относительное противопоказание, **предупредите врача!**
- при беременности – относительное противопоказание – биопсию можно проводить, если клиническое преимущество превышает возможные риски, **предупредите врача!**

📌 Я с максимальной ответственностью предоставил врачу сведения о своем состоянии здоровья.

Лечащий врач обсудил со мной ход проведения манипуляции, ответил на вопросы об интересующих меня деталях манипуляции и возможных осложнениях. Полностью осознавая все вышеупомянутое, я разрешаю лечащему врачу д-р. Артуру Балодису и выбранным им помощникам провести мне биопсию щитовидной железы под контролем УЗИ.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

**Пациент:** \_\_\_\_\_  
(имя, фамилия) (подпись)

**Дата:** \_\_\_\_\_ **Время:** \_\_\_\_\_

**Врач - специалист:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_  
(имя, фамилия) (подпись)

