

JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO BADAŃ

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa to zabieg polegający na wprowadzeniu igły przez skórę i pobraniu materiału tkankowego z podejrzanej zmiany.

Celem badania jest ocena mikroskopowa komórek pobranych ze zmiany (np. z guzka, torbieli czy powiększonego węzła chłonny), zlokalizowanej pod skórą, wśród innych tkanek. Taka zmiana może być wyczuwalna przez skórę.

Przygotowanie do badania

- Pięć dni przed planowanym terminem badania nie przyjmuj preparatów zawierających kwas acetylosalicylowy (np. Acard, Polocard) – chyba że lekarz zaleci inaczej.
- Jeżeli przyjmujesz leki przeciwzakrzepowe, koniecznie poinformuj o tym lekarza zlecającego badanie. Lekarz może zalecić ich odstawienie w odpowiednim czasie przed badaniem.
- W razie wątpliwości, czy leki, które przyjmujesz mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo wykonania badania, zapytaj o to lekarza kierującego.
- Jeżeli posiadasz papierowe skierowanie i dokumentację zdjęciową badania USG, koniecznie zabierz je ze sobą na badanie. Jest to niezbędne w celu weryfikacji miejsca nakłucia tkanek.

Po badaniu

- Po badaniu nie ma żadnych szczególnych zaleceń co do diety.
- W ciągu 24 godzin od badania powstrzymaj się od nadmiernej aktywności fizycznej.
- Przez 48 godzin po nakłuciu nie przyjmuj preparatów zawierających kwas acetylosalicylowy (np. Aspiryna, Polopiryna), ibuprofen, naproksen i innych tzw. przeciwbólowych – chyba że lekarz zaleci inaczej. Dopuszczalny jest paracetamol.

Po badaniu możesz odczuwać dyskomfort, zasinienie czy niewielkie krwawienie z miejsca pobrania. Zazwyczaj dolegliwości bólowe w związku z biopsją są znikome i większość pacjentów nie potrzebuje leków przeciwbólowych po badaniu. Poważniejsze powikłania mogące się pojawić, choć niezwykle rzadko, to zakażenie miejsca wkłucia igły i odma podskórna.

Skontaktuj się z lekarzem, jeżeli zauważysz:

- obfite krwawienie z miejsca pobrania,
- narastający obrzęk w miejscu pobrania,
- narastający ból, pomimo zastosowania środka przeciwbólowego,
- ból w klatce piersiowej, ból serca, kołatanie serca,
- zawroty głowy lub omdlenia,
- problemy z oddychaniem.



MEDICOVER

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA I/LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA WYKONANIE BIOPSJI CIENKO IGLOWEJ

BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA

© Medicover B/1



pieczętka przychodni Medicover

biopsja cienkoigłowa tarczycy*

biopsja cienkoigłowa piersi*

inna*: (jaka?)

Imię i Nazwisko Pacjenta:

PESEL/Data urodzenia: **MRN**

Imię i Nazwisko Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta:

Oświadczam, że otrzymałam/em pisemną informację na temat zleconej biopsji cienkoigłowej, zapoznałam/em się z nią i jest ona dla mnie zrozumiała. Wszelkie wątpliwości i dodatkowe pytania wyjaśniłam/em z lekarzem.

Zastosowałam/em się do zaleceń zamieszczonych w informacji „Jak przygotować się do badań” dotyczących biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej.

Mam świadomość, że:

- biopsja cienkoigłowa wiąże się z nakłuciem skóry i tkanek pod nią w celu pobrania materiału komórkowego do badania mikroskopowego
- w czasie pobierania preparatu mogę odczuwać niewielki ból, ucisk
- w celu prawidłowego pobrania materiału do badania może być konieczne kilkakrotne nakłucie przez lekarza wykonującego biopsję
- choć zdarza się to niezwykle rzadko, to mogą wystąpić powikłania po badaniu wymagające pilnej interwencji lekarza; np. krwiak w okolicy nakłucia, zakażenie/ropienie w okolicy nakłucia, bolesny obrzęk, sporadycznie odma opłucnowa (raczej przy biopsji tarczycy niż innych biopsjach cienkoigłowych)

W krótkim czasie, który będzie określony po badaniu można zazwyczaj powrócić do swoich zajęć. W miejscu po nakłuciu może być odczuwalny niewielki ból i dyskomfort, może wystąpić krótkotrwałe, niewielkie krwawienie wymagające założenia opatrunku. W okolicy wkłucia często występuje zasinienie, które może zanikać nawet kilkanaście dni.

Na podstawie uzyskanych informacji, będąc świadomym potrzeby wykonania u mnie biopsji cienkoigłowej piersi/tarczycy/innej* dobrowolnie

wyrażam dobrowolną zgodę na zleconą biopsję cienkoigłową*

nie wyrażam zgody na zleconą biopsję cienkoigłową*.

Data **Czytelny podpis Pacjenta**
imię i nazwisko

Czytelny podpis Przedstawiciela Ustawowego
imię i nazwisko

Data **Zgodę przyjąłem**
podpis i pieczętka lekarza wykonującego badanie

*zaznacz właściwe