



**ODDZIAŁ HEMATOLOGII**  
Specjalistyczny Szpital Miejski  
im. Mikołaja Kopernika w Toruniu  
87-100 Toruń ul Batorego 17/19

nr tel. 566100411, 566100413; fax. 566100412  
e-mail: [hematologia@med.torun.pl](mailto:hematologia@med.torun.pl)

## **ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG BIOPSI SZPIKU KOSTNEGO/TREPANOBIOPSJI\***

Imię i nazwisko pacjenta..... Nr ks. głównej: .....  
PESEL:.....

Biopsja szpiku kostnego jest badaniem polegającym na pobraniu w znieczuleniu miejscowym próbki szpiku (biopsja aspiracyjna) lub próbki szpiku i fragmentu kości (trepanobiopsja) przy pomocy specjalnej igły. Badanie wykonuje się w przypadku podejrzenia choroby układu krwiotwórczego w celu postawienia właściwego rozpoznania, a w przypadku już rozpoznanych chorób - w celu oceny postępu leczenia.

Szpik do badania można uzyskać dwoma sposobami:

1. biopsja aspiracyjna – do badania cytologicznego i innych badań (immunofenotypowania, cytogenetycznego, molekularnego i innych)
2. trepanobiopsja przeszkońska – do badania histologicznego i innych badań (immunofenotypowania, cytogenetycznego, molekularnego i innych)

Biopsja szpiku kostnego jest dokonywana z dwóch miejsc:

1. mostek: podczas jednego zabiegu można wykonać biopsję aspiracyjną (bardzo rzadko wykonywaną w naszym ośrodku)
2. talerz kości biodrowej: podczas jednego zabiegu można wykonać biopsję aspiracyjną i trepanobiopsję

Powikłania punkcji szpiku są rzadkie i większość z nich jest związana z nakłuciem mostka.

Do najczęstszych powikłań należą:

1. ból w miejscu nakłucia
2. przedłużające się krwawienie
3. miejscowy stan zapalny

**Oświadczam, że zapoznałem/-am się z informacją dotyczącą zabiegu jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w trakcie lub w wyniku wyżej wymienionego zabiegu.**

**Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące zabiegu.**

**Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na wyżej wymieniony zabieg biopsji szpiku/trepanobiopsji\*.**

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza

.....  
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta

**Pacjent wyraził zgodę na zabieg.** Przed przystąpieniem do zabiegu udzieliłem/-am pacjentowi jasnej i zrozumiałej informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do zabiegu, sposobie jego wykonania i najczęściej występujących powikłaniach. Przed rozpoczęciem zabiegu pacjent **udzielił** odpowiedzi na pytania, które zadano w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazach i zabiegach.

W trakcie rozmowy z lekarzem, pacjent miał możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu.

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza