

## INFORMACJA DLA PACJENTA – BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA BACC

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC) to metoda pobierania materiału komórkowego (cytologicznego) poprzez nakłucie cienką igłą pod kontrolą obrazu usg. Zaaspirowany materiał jest rozmazywany na szkiełku, barwiony i poddawany ocenie cytopatologa, który potrafi trafnie rozpoznać chorobę z drobnego, często nawet kilkukomórkowego preparatu. Dzięki biopsjom aspiracyjnym cienkoigłowym celowanym skojarzonym z ultrasonografią udało się rozpoznać wiele wczesnych chorób nowotworowych, dając szansę na pełne wyleczenie.

Przebieg badania:

Biopsja cienkoigłowa, poza ukłuciem jest całkowicie niebolesna i nie wymaga żadnych środków przeciwbólowych ani przed, ani po jej wykonaniu, a u większości chorych przypomina zastrzyk domięśniowy, tylko że w nietypowym miejscu.

Biopsja tarczycy:

Przed biopsją należy usunąć z szyi wszelkie ozdoby: łańcuszki, wisiorki, korale oraz grzebienie z włosów tylnej okolicy głowy. Podczas tego zabiegu pacjent powinien leżeć nieruchomo w pozycji podobnej jak przy badaniu usg tarczycy. W trakcie nakłucia **nie wolno się poruszać, polykać śliny**, żuć gumy i napinać mięśni oraz należy powstrzymać ewentualny kaszel.

Alternatywne metody.

Materiał do badania histopatologicznego pobierany jest przez wycięcie chirurgiczne zmiany lub wykonanie biopsji, czyli nakłucia grubą igłą i wycięciem przy pomocy specjalnego urządzenia fragmentu chorej tkanki.

Niezależnie od tych sposobów postępowania coraz większe zastosowanie w medycynie znajduje biopsja aspiracyjna cienkoigłowa, w której nakłuwa się chory narząd cienką igłą i zasysa do niej materiał do badania cytologicznego. Materiał ten jest o wiele mniejszy. Zaletą jest możliwość uzyskania materiału do oceny cytologicznej z guzów położonych głęboko wśród tkanek, w sposób mało inwazyjny, nie wymagający znieczulenia ogólnego i bez konieczności pobierania wycinka.

Informacje, które należy zgłosić wykonującemu badanie:

Pacjenci leczeni lekami z grupy **leków przeciwkrzepliwych**, obecnie bardzo często wykorzystywanymi m.in. w leczeniu choroby wieńcowej serca, nadciśnieniu tętniczym zobowiązani są do bezwzględnego poinformowania o tym fakcie lekarza wykonującego biopsję i **odstawienia tych leków 7 dni przed terminem planowanej biopsji**. W przypadku gdy pacjent ma wątpliwości co do możliwości odstawienia tych leków, powinien odpowiednio wcześniej skonsultować się z lekarzem, który je ordynuje.

Jeśli przyjmuje Pan/Pani **leki przeciwzakrzepowe** lub cierpi na zaburzenia krzepliwości krwi **KONIECZNE JEST POINFORMOWANIE LEKARZA PRZED WYKONANIEM ZABIEGU.**

Po badaniu: Ucisnąć miejsce wkłucia igły jałowym gazikiem przez 5 minut.

Możliwe powikłania po badaniu:

Podczas wykonywania biopsji cienkoigłowej rzadko dochodzi do powikłań, ale - jak w przypadku każdego badania – może dojść do pewnych nieprzewidzianych sytuacji. Zdarza się zaczerwienienie w miejscu wkłucia, niewielki krwiak w powłokach skórnych, ból, swędzenie czy obrzęk piersi. Zazwyczaj objawy te szybko ustępują, nie powodując trwałych następstw. Bardzo rzadko może pojawić się krwawienie wymagające interwencji chirurgicznej. Reakcje alergiczne na środki dezynfekcyjne.

**OŚWIADCZENIE I ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG BIOPSJI ASPIRACYJNEJ  
CIENKOIGŁOWEJ BACC**

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Wyrażam zgodę na badanie diagnostyczne - biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą  
USG sutka/ tarczycy / węzłów chłonnych / ślinianki ..... / inne  
.....

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na w sposób wyczerpujący i niebudzący moich  
wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia badania oraz wszelkich możliwych  
do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, oraz  
o innych możliwych metodach badania.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie  
zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej  
zgodzie. Rozumiem ryzyko związane z tym badaniem i zgadzam się na jego wykonanie.

W związku z udostępnieniem moich danych osobowych wyrażam zgodę na ich przetwarzanie  
w ALDEMED Centrum Medyczne. Zgoda na przetwarzanie obejmuje ponadto dane będące  
wynikiem przeprowadzonych badań. Jestem świadomy/ma, że moje dane osobowe są objęte  
tajemnicą lekarską.

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....  
data i czytelny podpis pacjenta

---

Oświadczam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia w postaci zabiegu  
biopsji, poinformowałem pacjenta o przebiegu zabiegu, jego następstwach, dających się  
przewidzieć powikłaniach, nietypowych powikłaniach, ryzykach zabiegu.

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza wykonującego zabieg.