



Šmihelska cesta 1 | T: +386 (0)7 391 61 00
8000 Novo mesto | F: +386 (0)7 332 30 97
Slovenija | www.sb-nm.si

Oddelek za patologijo in citologijo
Tel.št.: 07/39 16 661

Prostor za nalepko

ASPIRACIJSKA BIOPSIJA S TANKO IGLO (ABTI) – punkcija

1. Aspiracijska biopsija s tanko iglo (v nadaljevanju ABTI) je dodatna preiskava za natančnejšo opredelitev vaše bolezni. Z njo pridobimo celice tkiva, s katerimi želimo natančneje ovrednotiti stanje ali spremembo v določenem organu.
2. Prosimo vas, da preberete navodila za preiskavo in natančno **izpolnite vprašalnik**.
3. Na preiskavo s seboj prinesite:
 - **izpolnjen vprašalnik in podpisano privolitev**, v kolikor se strinjate z izvedbo preiskave
 - **kartico zdravstvenega zavarovanja**
 - **izvide oz. fotokopije izvidov**, ki se nanašajo na razlog preiskave
4. Priprave na preiskavo:
Posebne priprave na preiskavo niso potrebne. Na dan preiskave ni potrebno biti tešč, normalno vzemite zdravila, ki jih redno jemljete. V primeru, da jemljete antikoagulantno terapijo (zdravila za redčenje krvi) se, glede jemanja le-teh, pred predvideno ABTI posvetujte z zdravnikom v antikoagulantni ambulanti.

Kako poteka preiskava ASPIRACIJSKA BIOPSIJA S TANKO IGLO?

1. Pred posegom zdravnik razkuži kožo na področju, kjer med preiskavo prebode kožo. Pri otrocih mesto predvidenega vboda namaže z lokalnim anestetikom.
2. Med preiskavo ležite ali sedite na preiskovalni mizi, včasih pa se preiskava izvede tudi stoje. Zdravnik z drobno iglo prodre skozi kožo v tipno spremembo in s pomočjo injekcijske brizge "posrka" nekaj celic tkiva. Tako pridobljeni vzorec se v laboratoriju primerno obdeli, nato ga zdravnik - citopatolog pregleda s pomočjo mikroskopa in postavi diagnozo.
3. Po opravljeni preiskavi se mesto vboda prekrije z obližem, ki ga lahko odstranite pol ure po posegu. Na mesto vboda lahko po potrebi položite hladne obkladke.
4. Opravljen poseg ne vpliva na delazmožnost.
5. **Izvid bo poslan osebnemu zdravniku in napotnemu zdravniku specialistu, najkasneje en teden po opravljenem posegu.**
6. Glede kontrolnih pregledov se ravnajte po navodilih osebnega zdravnika oz. zdravnika, ki vas je napotil na odvzem vzorca.

TVEGANJA PREISKAVE IN MOŽNI ZAPLETI

Nobena medicinska preiskava oz. medicinski poseg ni popolnoma brez tveganja.

Možni zapleti so: bolečine po punkciji, ki jih ublažimo s protibolečinskimi zdravili, krvavitev iz punktiranega mesta ali zagnojitev punkcijske rane.

Našteti zapleti so zelo redki.

Prosimo, da odgovorite na naslednja vprašanja:

1.	Ali ste že kdaj prej opravili preiskavo za citološko analizo oz. citološko punkcijo?	DA	NE
2.	Če ste na zgornje vprašanje odgovorili z DA, ali so se pojavili kakšni zapleti? Če ste odgovorili z DA, napišite, kateri zapleti: _____	DA	NE
3.	Ali jemljete katerega od sredstev proti strjevanju krvi (Aspirin, Marevan, Pradaxa, Fragmin, Eliquis,...)? Če ste odgovorili z DA, napišite, katero: _____	DA	NE
4.	Imate znano bolezen oz. motnjo strjevanja krvi (hemofilija, ...)?	DA	NE

PACIENTOVA IZJAVA O PRIVOLITVI

I.

Strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano v priloženem pojasnilnem dokumentu.

Privolitev dajem svobodno.

Razumem pomen in posledice privolitve.

Razumem pisna pojasnila, ki sem jih prejel.

Strinjam se s ponovitvijo istega diagnostičnega postopka, v kolikor bi bilo to potrebno.

Razumem, da bo kakršen koli postopek poleg teh, navedenih na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečilo resno poslabšanje mojega zdravja.

Pacientova privolitev v prisotnost drugih oseb

Ker je zdravstvena ustanova, v kateri bom deležen zdravstvene oskrbe, tudi **učna ustanova**, **DOVOLJUJEM**, da so pri zdravstveni oskrbi, ki jo bom prejel, za potrebe zdravstvenega izobraževanja, prisotne naslednje kategorije oseb:

Študentje ali dijaki izobraževalnih ustanov s področja zdravstva, sociale, farmacije, pedagogike (Prosimo, obkrožite.)	DA NE	Omenitve oziroma druge opombe:
Zdravniki ali drugi strokovnjaki zaradi izpopolnjevanja ali usposabljanja (Prosimo, obkrožite.)	DA NE	Omenitve oziroma druge opombe:

IZPOLNI PACIENT

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):
Datum in ura:
Podpis pacienta (oz. staršev ali zakonitega zastopnika):
Podatki o osebnemu zdravniku (ime in priimek, tudi zdravstvena ustanova - obvezen podatek) :

II.

Se NE strinjam z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano v priloženem pojasnilnem dokumentu.

Podpis pacienta (oz. staršev ali zakonitega zastopnika): _____

IZJAVA POJASNJEVALCA

Pacientu je bilo s pisnim dokumentom (v prilogi) podrobno razloženo, kaj je ABTI in kako poteka ter tveganja in možni zapleti te preiskave. Pacient je na podlagi vprašanj, v kolikor jih je izrazil, prejel dodatna pojasnila s strani zdravnika specialista citopatologa.

IZPOLNI ZDRAVNIK SPEC. CITOPATOLOGIJE

Priimek in ime zdravnika spec. citopatologije:

Tinka Mohar Hajnšek, dr.med. spec. anatomske patologije in citopatologije

Podpis: _____ Datum in ura: _____