



**ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE BIOPSJI
ASPIRACYJNEJ CIENKOIGŁOWEJ BACC**

Nazwisko i imię

PESEL

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nr telefonu

Oświadczam, iż:

- zapoznałem/am się z zasadami planowanego zabiegu biopsji cienkoigłowej aspiracyjnej, jego celowością oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku badania;
- wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania;

Radzymin, dnia _____

_____ *Czytelny podpis pacjenta*

Przed badaniem należy zgłosić skłonności do krwawień, przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych „rozrzedzających krew” (np.: clopidogrel, warfaryna, aspiryna - kwas acetylosalicylowy) lub uczulenia na zewnętrzne środki odkażające.