



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE INWAZYJNEJ DIAGNOSTYKI/LECZENIA WEWNĄTRZMACICZNEGO**

Imię i nazwisko pacjentki																			
PESEL										Numer Księgi Główniej									

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO LECZENIA WEWNĄTRZMACICZNEGO

Na podstawie przeprowadzonych badań diagnostycznych stwierdzono:

.....
Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej stwierdzono u Pani wskazania medyczne do wykonania inwazyjnej diagnostyki/terapii wewnątrzmacicznej.

2. METODY WEWNĄTRZMACICZNEJ DIAGNOSTYKI/TERAPII

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy przeprowadzenie zabiegu polegającego na wprowadzeniu igły punkcyjnej/cewnika/innego materiału przez powłoki jamy brzusznej do jamy macicy celem wykonania**:

- ☐ amniopunkcji
- ☐ biopsji kosmówki
- ☐ kordocentezy
- ☐ amnioredukcji
- ☐ amnioinfuzji
- ☐ kordocentezy z ew. przetoczeniem preparatów krwi (erytrocyty, płytki) lub podaniem leków
- ☐ odbarczenia torbieli lub płynu z jamy ciała u płodu
- ☐ terapii laserem

☐
W trakcie niektórych zabiegów uzyskuje się materiał do badań genetycznych i/lub biochemicznych ewentualnie gazometrycznych.

**3. KONIECZNOŚĆ WYKONANIA CIĘCIA CESARSKIEGO PODCZAS TRWANIA ZABIEGU
WEWNĄTRZMACICZNEGO**

W przypadku zaistnienia w trakcie zabiegu wewnątrzmacicznego bezwzględnych wskazań do zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego wyrażam zgodę na jego przeprowadzenie.

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

- Pobranie materiału do badań, które ułatwia postawienia prawidłowego rozpoznania np. oznaczenie kariotypu (zestawu chromosomów) płodu pozwalającego na potwierdzenie lub wykluczenie wad genetycznych, rozpoznania niedokrwistości lub innych nieprawidłowości.
- Normalizacja ilości płynu owodniowego.
- Usunięcie płynu z torbieli lub jam ciała i zmniejszenie ucisku na otaczające tkanki.
- Poprawa parametrów krwi płodu:
 - zapobieganie niedotlenieniu przez podanie erytrocytów w niedokrwistości,
 - zapobieganie krwawieniu przez podanie płytek krwi,
 - podawanie albumin celem zmniejszenia obrzęku u płodu.
- Bezpośrednie podanie leków do żyły pępowinowej.



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE INWAZYJNEJ DIAGNOSTYKI/LECZENIA WEWNĄTRZMACICZNEGO**

- Inne korzyści związane z rodzajem wykonanego zabiegu oraz uzależnione od schorzenia płodu.

b) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Mimo, że powikłania związane z zabiegową działalnością wewnątrzmaciczną zdarzają się rzadko, to w wyniku tych działań może dojść do:

- wyzwolenia nadmiernej czynności skurczowej macicy,
- pęknięcia błon płodowych z odpłynięciem płynu owodniowego,
- przedwczesnego oddzielenia łożyska/kosmówki,
- wprowadzenia zakażenia do środowiska jaja płodowego,
- uszkodzenia ciągłości tkanek płodu,
- tamponady pępowiny w przypadku kordocentezy,
- okresowej bradykardii lub tachykardii płodu,
- poronienia,
- porodu przedwczesnego.

Nieoczekiwane następstwa związane z wykonaniem zabiegu wewnątrzmacicznego mogą stanowić wskazanie do wcześniejszego zakończenia ciąży, w tym wykonania cięcia cesarskiego w trybie pilnym. W przypadku zakończenia ciąży przed uzyskaniem przez płód pełnej dojrzałości mogą wystąpić u noworodka ciężkie zaburzenia związane z wcześniactwem.

c) SKUTKI ODLEGŁE

Związane z ewentualnym wcześniactwem lub utratą ciąży.

d) RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

☐ *małe*

☐ *średnie*

☐ *duże*

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego inwazyjnego leczenia wewnątrzmacicznego jest w Pani przypadku:

☐ *duże*

☐ *średnie*

☐ *ograniczone*

6. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA

Badanie płodowego DNA we krwi matki – nieinwazyjne, ale pozwala wykryć tylko część wad genetycznych. Badanie jest kosztowne i nie jest refundowane przez NFZ. Wcześniejsze ukończenie ciąży i podjęcie próby leczenia po urodzeniu.

7. KONSEKWENCJE ODMOWY

W przypadku odmowy wykonania badania, ostateczne wykluczenie lub potwierdzenie wady genetycznej lub choroby u dziecka możliwe jest dopiero po porodzie. Ponadto w przypadku odmowy leczenia może dojść do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu lub płodów lub ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu.

8. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planową diagnostyką/leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego postępowania oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

9. OŚWIADCZENIE PACJENTKI



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE INWAZYJNEJ DIAGNOSTYKI/LECZENIA WEWNĄTRZMACICZNEGO**

- W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią
- dr..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat diagnostyki/leczenia wewnątrzmacicznego.
- Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

- Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie**:

- ☐ amniopunkcji
- ☐ biopsji kosmówki
- ☐ kordocentezy
- ☐ amnioredukcji
- ☐ amnioinfuzji
- ☐ kordocentezy z ew. przetoczeniem preparatów krwi (erytrocyty, płytki) lub podaniem leków
- ☐ odbarczenia torbieli lub płynu z jamy ciała u płodu
- ☐ terapii laserem
- ☐

- Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na proponowaną inwazyjną diagnostykę/terapię wewnątrzmaciczną.
- Oświadczam także, iż posiadam/nie posiadam* pełną(ej) zdolność(ci) do czynności prawnych.

Data, podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka lekarza	

Nie zgadzam się na proponowany postępowanie. Zostałam poinformowana o możliwych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data, godzina oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, godzina podpis oraz pieczętka lekarza	

Podpisanie formularza przez pacjentkę lub jej przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe z powodu:

.....

Data, podpis oraz pieczętka lekarza	
-------------------------------------	--



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE INWAZYJNEJ DIAGNOSTYKI/LECZENIA WEWNĄTRZMACICZNEGO**

--	--