

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
NA BADANIE KRWI WŁOŚNICZKOWEJ ZE SKALPU PŁODU**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI

NUMER HISTORII CHOROBYPESEL.....

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu:

.....
.....
.....

2. Rodzaju, sposobie przeprowadzenia zabiegu:

Badanie krwi włośniczkowej płodu polega na jałowym, delikatnym nacięciu (ok. 2mm) skóry skalpu płodu i pobraniu krwi na badanie gazometrii.

3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu/ badania, rokowaniach:

Celem badania krwi włośniczkowej płodu jest ocena równowagi kwasowo-zasadowej i wczesne rozpoznanie zagrażającego niedotlenienia płodu. Umożliwia to szybkie podjęcie działań ratunkowych dla płodu. Najczęstszymi wskazaniami do pobrania krwi włośniczkowej płodu są objawy zagrania płodu stwierdzone w badaniu kardiotokograficznym. Ponadto do wskazań do oceny równowagi kwasowo-zasadowej u płodu należą m.in.: odpływanie zielonego płynu owodniowego, nieprawidłowe skurcze macicy, podejrzenie zaburzeń przepływu pępowinowego, powikłania w czasie ciąży. W razie potrzeby badanie powtarza się

4. Sposobie postępowania przed po wykonaniu zabiegu:

Przed przystąpieniem do pobrania krwi włośniczkowej zewnętrzne narządy płciowe odkaża się środkiem antyseptycznym. Następnie po założeniu wzierników do pochwy lub rurki amnioskopu odsłania się owłosioną część główki płodu, którą oczyszcza się ze śluzu, krwi, płynu owodniowego oraz ewentualnie smółki. Oczyszczoną powierzchnię kilkakrotnie przeciera się jałowym gazikiem. Po pobraniu krwi miejsce nacięcia uciska się jałowym gazikiem, aby zahamować krwawienie.

5. Możliwych, najprawdopodobniejszych następstwach., zagrożeniach powikłaniach związanych z zabiegiem:

Pobranie krwi włośniczkowej ze skalpu jest obarczone małym ryzykiem powikłań zarówno ze strony matki, jak i płodu. Wśród możliwych powikłań wymienia się krwawienie z miejsca nakłucia, zakażenie płodu lub cięzarnej.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia:

W przypadku zaniechania badania istnieje zwiększone prawdopodobieństwo nie wykrycia zagrażającego ostrego wewnątrzmacicznego niedotlenienia płodu, a w skrajnych przypadkach śmierć płodu. Częste fałszywe dodatnie obawy niedotlenienia płodu rozpoznawane na podstawie samego badania kardiotokograficznego prowadzą do niepotrzebnie wykonywanych cięć cesarskich, które wiążą się z możliwymi powikłaniami dla matki np. ryzyko wrastającego łożyska w kolejnej ciąży w bliźnię po przebytym cięciu oraz noworodka np. zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia flory jelitowej.

7. Alternatywnych metodach leczenia:

Badanie krwi włośniczkowej płodu jest jedyną metodą która bezpośrednio informuje o równowadze kwasowo zasadowej płodu. Pozostałymi metodami monitorowania dobrostanu płodu są kardiokografia, ultrasonografia, elektrokardiografia płodowa, test obciążenia oksyocyną.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu:

Podejrzenie zaburzeń krzepnięcia u płodu, przewlekłe zakażenie u matki m.in. HIV, udokumentowany ostry stan zapalny pochwy.

9. Oświadczenie pacjentki:

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób. 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:

-rozpoznania , -proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, -dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, -wyników leczenia operacyjnego, -rokowania, -ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu/badania:

ZGODA NA BADANIE KRWI WŁOŚNICZKOWEJ ZE SKALPU PŁODU

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....
data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

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

.....
data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....