



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE TRANSFUZJI WEWNĄTRZMACICZNEJ (KONFLIKT SEROLOGICZNY)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Niedokrwistość płodu (anemia) w przebiegu konfliktu serologicznego jest to zmniejszone stężenie hemoglobiny we krwi płodu. Patologia ta spowodowana jest niszczeniem krwinek czerwonych przez przeciwciała matczyne skierowane przeciwko antygenom obecnym na erytrocytach płodu, co może prowadzić między innymi do niewydolności krążenia, obrzęku uogólnionego i wewnątrzmacicznego obumarcia płodu.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Proponowaną metodą leczenia jest transfuzja wewnątrzmaciczna przeprowadzona w warunkach sterylnych pod kontrolą ultrasonograficzną, zwykle **w znieczuleniu miejscowym**. Odpowiednio przygotowany koncentrat krwinek czerwonych przetacza się przy pomocy jałowej igły (zwykle z jednego wkłucia) najczęściej bezpośrednio do żyły pępowinowej (rzadziej do jamy otrzewnej płodu lub do naczyń wątrobowych). **Celem zabiegu** jest uzupełnienie niedoborów krwinek czerwonych u płodu, co pozwala na kontynuację ciąży do momentu osiągnięcia przez płód dojrzałości umożliwiającej bezpieczny poród. W razie potrzeby procedurę powtarza się cyklicznie, w różnych odstępach czasowych. Początkowo co tydzień, a następnie, po uzyskaniu stabilizacji parametrów hematologicznych, zazwyczaj co 2–3 tygodnie.

Ogólna przeżywalność dzieci leczonych tą metodą w ośrodkach doświadczonych wynosi ok. 98%, natomiast w przypadkach z obrzękiem uogólnionym - ok. 78%.

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)



III. Zalecenia pozabiegowe

Monitorowanie stanu płodu po zabiegu (badanie USG, KTG), zwykle w warunkach szpitalnych. Monitorowanie stanu pacjentki - parametry, badania laboratoryjne. Ograniczenie wysiłku fizycznego przez pacjentkę w pierwszej dobie po zabiegu. Samokontrola objawów - krwawienie z dróg rodnych, bóle brzucha - skurcze mięśnia macicy, odpływanie płynu owodniowego, gorączki.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Obecnie brak alternatywnych, równie skutecznych metod leczenia ciężkiej anemii płodu w przebiegu konfliktu serologicznego. Postępowanie zachowawcze (bez transfuzji) w większości przypadków prowadzi do obumarcia płodu.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Do potencjalnych, standardowo opisywanych powikłań związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją należą:

- zaburzenia dobrostanu płodu w trakcie i po zabiegu, mogące doprowadzić do konieczności wcześniejszego ukończenia ciąży (ryzyko wcześniactwa),
- krwawienie dootrzewnowe u płodu,
- zaburzenia czynności serca płodu,
- przedwczesna czynność skurczowa macicy i przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego, mogące prowadzić do porodu przedwczesnego,
- infekcja wewnątrzmaciczna,
- wewnątrzmaciczne obumarcie płodu,
- immunizacja matczyno-płodowa.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko zabiegu oceniane na podstawie skali _____

Dla zabiegów „małych” Ryzyko powikłań [] małe [] średnie [] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko odległych powikłań [] małe [] średnie [] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej TRANSFUZJI WEWNĄTRZMACICZNEJ (KONFLIKT SEROLOGICZNY)

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej transfuzji wewnątrzmacicznej (konflikt serologiczny)**.

Oświadczam, że miałam wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałam się z nią i ją zrozumiałam, zrozumiałam także wyjaśnienia lekarza, zostałam wyczerpująco poinformowana o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia, miałam możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty operacji nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po operacji.

Jeżeli ma Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej transfuzji wewnątrzmacicznej (konflikt serologiczny).

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej transfuzji wewnątrzmacicznej (konflikt serologiczny).

Jednocześnie oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie transfuzji wewnątrzmacicznej (konflikt serologiczny). Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej transfuzji wewnątrzmacicznej (konflikt serologiczny)** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie transfuzji wewnątrzmacicznej (konflikt serologiczny).**
(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczętka lekarza