



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 ZABIEGU KORDOCENTEZY

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Wskazaniami do kordocentezy są: obrzęku płodu, nieprawidłowości anatomiczne przy współistniejącym małowodziu, weryfikacja wyniku kariotypu płodu w związku ze stwierdzeniem mozaikowatości komórkowej w amniocytach pobranych w trakcie amniopunkcji lub w materiale uzyskanym za pomocą biopsji kosmówki.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Kordocenteza to inwazyjne badanie wewnątrzmaciczne polegające na wkluciu igły przez powłoki jamy brzusznej do sznura pępowinowego (najczęściej żyły pępkowej) oraz pobranie krwi płodu na badania laboratoryjne. Pozwala na ocenę parametrów krwi płodu takich jak stężenie hemoglobiny, hematokryt, oraz badania genetyczne i wirusologiczne. W trakcie zabiegu możliwe jest też podanie leków lub produktów krwiopochodnych. Zabieg wykonuje się pod kontrolą ultrasonograficzną bez znieczulenia lub w znieczuleniu miejscowym, co może wiązać się z dyskomfortem iniekcji.



Rysunek poglądowy utworzony przy użyciu generatywnej sztucznej inteligencji (AI). Nie jest specjalistyczną ilustracją medyczną.

III. Zalecenia pozabiegowe

Ze względu na małoinwazyjny charakter, zalecenia pozabiegowe nie wymagają reżimu łóżkowego. Zaleca się oszczędzający tryb życia oraz doraźnie leki p/bólowe dozwolone w ciąży.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Nie istnieją w obecnej chwili inne metody nieinwazyjne mogące definitywnie potwierdzić lub wykluczyć chorobę płodu.

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

- wewnątrzmaciczne obumarcie płodu- ryzyko utraty ciąży po zabiegu wynosi od 1,4 do 1,9 procent
- krwawienie w miejscu nakłucia naczynia- jest najczęstszym powikłaniem kordocentezy, występującym w 20–30% przypadków
- krwiak pępowinowy - jest zazwyczaj bezobjawowy, ale może być związany z przemijającą lub przedłużającą się nagłą bradykardią płodu
- krwawienie płodowo-matczyne - występuje w około 40% przypadków. Głównym następstwem niewielkiego krwawienia płodowo-matczynego jest wzrost miana przeciwciał alloimmunizacyjnych matki, gdy zabieg jest wykonywany z powodu alloimmunizacji krwinek czerwonych, możliwa jest również ponowna alloimmunizacja.
- przedwczesna czynność skurczowa macicy, mogąca prowadzić do porodu przedwczesnego/poronienia,
- przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego,
- infekcja,
- krwiak/ infekcja w powłokach skórnych w miejscu po iniekcji.

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)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego ZABIEGU KORDOCENTEZY

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu kordocentezy**.

Oświadczam, że miałem/am 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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu kordocentezy.

Zostałam poinformowana, 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 zaproponowanego zabiegu kordocentezy.

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 zabiegu kordocentezy. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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 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)

Pacjentka 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 zaproponowanego zabiegu kordocentezy** 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 zabiegu kordocentezy.**

(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