



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 AMNIOPUNKCJI

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

W przypadku rozpoznania nieprawidłowości płodu lub podejrzenia infekcji wewnątrzmacicznej, wskazane jest wykonanie diagnostyki inwazyjnej. W tym celu pobierana jest próbka płynu owodniowego, a zabieg nazywany amniopunkcją.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Amniopunkcja polega na wprowadzeniu cienkiej igły punkcyjnej do jamy owodni w macicy poprzez powłoki brzuszne matki. Procedura jest wykonywana po 15 tygodniu ciąży ze względu na zwiększone ryzyko poronienia i stopy końskoszpotawej w przypadkach zabiegu wykonywanych przed tym tygodniem. Zabieg wykonuje się pod kontrolą ultrasonograficzną bez znieczulenia lub w znieczuleniu miejscowym, co może wiązać się z dyskomfortem iniekcji.

Oczekiwaną korzyścią zabiegu jest uzyskanie informacji dotyczącej ewentualnych nieprawidłowości genetycznych płodu lub zakażenia płodu. Otrzymanie wyników znacząco wpływa na postępowanie kliniczne w tym wdrożenie terapii wewnątrzmacicznej.

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

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
 - zaburzenia czynności serca płodu
 - przedwczesna czynność skurczowa macicy, mogąca prowadzić do porodu przedwczesnego/poronienia
 - przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego,
 - infekcja
 - krwawienie doowodniowe
 - nasilenie immunizacji matczyno-płodowej
 - krwiak/ infekcja w powłokach skórnych w miejscu po iniekcji
- według danych literaturowych ryzyko powikłań związanych z amniopunkcją oceniane jest jako niskie < 1%

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

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

Ryzyko zabiegu oceniane na podstawie skali _____

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

VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

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

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

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej AMNIOPUNKCJI

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu amniopunkcji.

Zostałam poinformowana, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjentki

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjentki

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu amniopunkcji.

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 pacjentkę/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie amniopunkcji. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjentki

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjentki



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. Udzieliłam 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

czytelny podpis Pacjentki

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjentki

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

Pacjentka złożyła oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu amniopunkcji** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

czytelny podpis lekarza udzielającego

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu amniopunkcji.**

(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 pieczęć lekarza