



Imię i nazwisko pacjentki: _____

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

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU ŚRÓDTKANKOWEJ LASEROTERAPII W ZESPOLE ODWRÓCONEJ PERFUZJI TĘTNICZEJ (TRAP)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia pacjenta

Zespół odwróconej perfuzji tętniczej (TRAP- twin reversed arterial perfusion syndrome) jest rzadkim powikłaniem ciąży bliźniaczych jednokosmówkowych związanym z nieprawidłowym rozwojem jednego z bliźniąt. Ze względu na obecność połączeń naczyniowych we wspólnym łożysku oraz nierównomierny rozwój jednego z bliźniąt dochodzi do odwrócenia przepływu w układzie krążenia powodującego nieprawidłowy rozwój płodu- rozwija się tzw. acardiac twin. Ze względu na nieprawidłowy rozwój już od początku ciąży „acardiac twin” nie ma funkcjonalnego serca, a jego rozwój uzależniony jest od drugiego, prawidłowo rozwijającego się bliźnięcia. W miarę rozwoju ciąży „acardiac twin” zachowuje się jak szybko rosnący guz obciążający układ krążenia drugiego płodu przez co istotnie zwiększa się ryzyko niewydolności krążenia, porodu przedwczesnego, a nawet obumarcia wewnątrzmacicznego.

II. Opis proponowanej procedury, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Jedyną metodą leczenia przyczynowego jest zabieg laserowej koagulacji śródtkankowej naczyń doprowadzających do „acardiac twin” w okolicy przyczepu brzuszego pępowiny. Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym za pomocą igły o średnicy około 18G. Pod kontrolą USG za pomocą igły uzyskuje się dostęp do naczyń pępowinowych „acardiac twin”, następnie przez światło igły wsuwa się włókno laserowe i koaguluje się przepływ w naczyniach. Celem zabiegu jest zamknięcie przepływu w obrębie „acardiac twin” oraz odciążenie układu krążenia prawidłowo rozwijającego się płodu.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Ze względu na małoinwazyjny charakter zabiegu, zalecenia pozabiegowe nie wymagają reżimu łóżkowego.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Zaleca się oszczędzający tryb życia w pierwszej dobie, kontrolne badania USG mające na celu ocenę skuteczności zabiegu laserowego. Zazwyczaj końcowe efekty zabiegu ocenia się w ciągu pierwszych 48 godzin od procedury.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywą dla zabiegu laserowej koagulacji śródtkankowej jest postępowanie wyczekujące (zachowawcze) polegające na ścisłym monitorowaniu dobrostanu płodu i jego wydolności krążenia. Według danych literaturowych do samoistnego ograniczenia przepływu w obrębie „acardiac twin” dochodzi do 33% przypadków TRAP.

W przypadku kontynuowania ciąży bez interwencji zabiegowej w miarę jej trwania istotnie rośnie ryzyko wielowodzia, niewydolności krążenia płodu, porodu przedwczesnego lub obumarcia wewnątrzmacicznego.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną operacją/ zabiegiem :

- wewnątrzmaciczne obumarcie prawidłowego płodu,
- krwawienie doowodniowe,
- zaburzenia czynności serca płodu,
- przedwczesna czynność skurczowa macicy, mogąca prowadzić do poronienia/ porodu przedwczesnego,
- przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego,
- infekcja wewnątrzmaciczna,
- immunizacja matczyno- płodowa,
- przedwczesne oddzielenie łożyska,
- odległe powikłania neurologiczne w okresie dziecięcym, m. in. mózgowe porażenie dziecięce,
- spontaniczne niedokrwienie kończyn,
- uszkodzenie naczyń/ jelit/ innych struktur jamy brzusznej ciężarnej podczas uzyskiwania dostępu do jamy macicy

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań związanego z pacjentem

(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 pooperacyjnej i powikłań odległych

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

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

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



ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Klinika Położnictwa i Perinatologii

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenie pacjenta dot. proponowanego zabiegu ŚRÓDTKANKOWEJ LASEROTERAPII W ZESPOLE ODWRÓCONEJ PERFUZJI TĘTNICZEJ (TRAP)

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu śródtkankowej laseroterapii w zespole odwróconej perfuzji tętnicznej (TRAP).**

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 następstwach 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 śródtkankowej laseroterapii w zespole odwróconej perfuzji tętnicznej (TRAP).

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 śródtkankowej laseroterapii w zespole odwróconej perfuzji tętnicznej (TRAP).

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 śródtkankowej laseroterapii w zespole odwróconej perfuzji tętnicznej (TRAP). 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 śródtkankowej laseroterapii w zespole odwróconej perfuzji tętniczej (TRAP)** 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 śródtkankowej laseroterapii w zespole odwróconej perfuzji tętniczej (TRAP).**

(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