



Imię i nazwisko pacjentki: _____

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

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTKI NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU AMNIOREDUKCJI W CIĄŻY BLIŹNIACZEJ JEDNOKOSMÓWKOWEJ POWIKŁANEJ ZESPOŁEM TTTS

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjentki

Wielowodzie w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej związane jest z nadmierną produkcją i akumulacją płynu owodniowego w jednym / dwóch workach owodniowych bliźniąt (najczęściej z powodu zespołu przetoczenia między bliźniętami; TTTS- twin-to-twin transfusion syndrome). Wskutek zbyt dużej objętości płynu owodniowego dochodzi do nadmiernego rozciągnięcia macicy prowadzącego do zwiększonego ryzyka poronienia / porodu przedwczesnego. W przypadkach niezakwalifikowanych do zabiegu laseroterapii z powodu TTTS alternatywą zmniejszającą ryzyko powikłań perinatalnych może być właśnie zabieg amnioredukcji.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg amnioredukcji polega na wprowadzeniu igły do jamy macicy, przez powłoki brzuszne, pod kontrolą USG i odciągnięciu nadmiaru płynu owodniowego powodującego wielowodzie. Zabieg wykonuje się zazwyczaj **bez znieczulenia, ew. w znieczuleniu miejscowym (nasiękowym)**. Znaczna redukcja objętości płynu owodniowego powoduje poprawę samopoczucia ciężarnej, zmniejszenie wzmożonego napięcia macicy, dolegliwości bólowych w podbrzuszu oraz ryzyka powikłań perinatalnych.

Oczekiwane korzyści obejmują: poprawę samopoczucia ciężarnej, zmniejszenie wzmożonego napięcia macicy, dolegliwości bólowych w podbrzuszu oraz ryzyka powikłań perinatalnych.

(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 kontrolne badania USG mające na celu ocenę skuteczności zabiegu amnioredukcji.



IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywą dla zabiegu amnioredukcji jest postępowanie zachowawcze - ściśle monitorowanie dobrostanu płodów i ciężarnej za pomocą USG.

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

- wewnątrzmaciczne obumarcie jednego lub obu płodów;
- 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;
- uszkodzenie naczyń / jelit / innych struktur jamy brzusznej ciężarnej podczas uzyskiwania dostępu do jamy macicy

Według danych literaturowych ryzyko powikłań związanych z amnioredukcją oceniane jest jako niskie - < 1%

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

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

Ryzyko zabiegu oceniane indywidualnie na podstawie współistniejących czynników:

[] 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)



**IX. Oświadczenia Pacjentki dot. proponowanego zabiegu
AMNIOREDUKCJI W CIĄŻY BLIŹNIACZEJ JEDNOKOSMÓWKOWEJ POWIKŁANEJ
ZESPOŁEM TTTS**

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **zabiegu amnioredukcji w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej powikłanej Zespołem TTTS**.

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 zabiegu oraz ryzyku powikłań jego 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 zabiegu nie są identyczne w przypadku każdej pacjentki.

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

Jeżeli ma Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego zabiegu prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem zabiegu 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 Pacjentki

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjentki

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

data

czytelny podpis Pacjentki

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjentki



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu **amnioredukcji w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej powiklanej Zespołem TTTS.**

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 amnioredukcji w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej powiklanej Zespołem TTTS.

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 zabiegu amnioredukcji w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej powiklanej Zespołem TTTS. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjentki

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjentki



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/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej pytania. Poinformowałem/am pacjentkę o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowany zabieg.

Z uwagi na stan pacjentki powyższe informacje nie zostały jej 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:

Pacjentka złożyła oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zabiegu amnioredukcji w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej powikłanej Zespołem TTTS** 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 amnioredukcji w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej powikłanej Zespołem TTTS.**

(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