



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 ZAŁOŻENIE SHUNTU OBARCZAJĄCEGO U PŁODU

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Na podstawie wykonanych badań ultrasonograficznych oraz całości obrazu klinicznego rozpoznano u płodu patologię prowadzącą do nagromadzenia płynu w jednej z jam ciała (np. w opłucnej, jamie brzusznej, układzie moczowym, układzie komorowym mózgu). W celu ratowania zdrowia lub życia płodu konieczne może być wykonanie zabiegu wewnątrzmacicznego polegającego na założeniu shuntu odbarczającego.

Zabieg ten umożliwia stały odpływ gromadzącego się płynu, poprawiając funkcję narządów i rokowanie płodu.

Rozpoznanie schorzeń wymagających drenażu płodowego bywa trudne, a ich przebieg może ulegać szybkim zmianom. Żadna metoda nie zapewnia 100% dokładności przewidywania efektów leczenia.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg wykonywany jest zwykle w znieczuleniu miejscowym skóry i tkanek podskórnych brzucha matki. W wybranych sytuacjach możliwe jest zastosowanie znieczulenia przewodowego lub krótkiego znieczulenia ogólnego.

Pod kontrolą ultrasonografii lekarz nakłuwa powłoki jamy brzusznej oraz macicę, wprowadzając cienki trokar do odpowiedniej jamy ciała płodu. Następnie zakładany jest specjalny drenaż (shunt), który pozostaje na miejscu do czasu porodu lub ustąpienia wskazań.

Oczekiwane korzyści:

- odbarczenie patologicznie nagromadzonego płynu u płodu,
- poprawa funkcji odbarczanego narządu (np. płuca, nerki),
- zmniejszenie ryzyka obumarcia wewnątrzmacicznego,
- poprawa rokowania po porodzie.



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

III. Zalecenia pozabiegowe

- konieczna będzie obserwacja dobrostanu płodu i położenia shuntu w badaniach USG,
- mogą być konieczne dodatkowe wizyty kontrolne, hospitalizacja lub zmiana strategii leczenia,
- należy zgłaszać wszelkie niepokojące objawy (krwawienie, odpłynięcie wód, gorączka, ból brzucha).

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

- postępowanie zachowawcze (obserwacja),
- nakłucia odbarczające (paracenteza, torakocenteza) – jednorazowe, bez założenia drenów,
- zakończenie ciąży, jeśli wiek ciążowy na to pozwala,
- odstąpienie od leczenia — wiąże się z wysokim ryzykiem pogorszenia stanu płodu lub wewnątrzmacicznego zgonu.

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

Powikłania matczyne:

- przedwczesne pęknięcie błon płodowych (PPROM),
- przedwczesny poród,
- krwawienie z dróg rodnych,
- zakażenie Lecesne (ryzyko małe, ale może stanowić zagrożenie życia matki i płodu),
- konieczność pilnego cięcia cesarskiego.



Powikłania płodowe:

- przemieszczenie lub wypadnięcie shuntu (częste),
- jego niedrożność,
- uszkodzenie skóry, płuca, narządów jamy brzusznej,
- odma opłucnowa, krwawienie,
- skrajne wcześniactwo,
- obumarcie Lecesne.

Ryzyko ogólne:

Żaden lekarz nie może zagwarantować pełnego powodzenia zabiegu ani uniknięcia powikłań. Leczenie Lecesne wiąże się z podwyższonym ryzykiem porodu przedwczesnego oraz powikłań zarówno dla matki, jak i płodu.

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 pooperacyjnej 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 Pacjenta dot. proponowanego ZAŁOŻENIA SHUNTU OBCZARZAJĄCEGO U PŁODU

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego założenia shuntu obciążającego u płodu**.

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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na założenia shuntu obciążającego u płodu.

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 założenie shuntu obciążającego u płodu.

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 założenie shuntu obciążającego u płodu.. 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 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 zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjentki 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:

Pacjentka złożyła oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na założenie shuntu obciążającego u płodu** 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 sadu opiekuńczego **na założenie shuntu obciążającego u płodu.**

(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