

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI WEWNĄTRZMACICZNEJ**

**IMIĘ I NAZWISKO** .....

**PESEL**.....

**1. WSKAZANIA DO WEWNĄTRZMACICZNEJ DIAGNOSTYKI:**

Na podstawie przeprowadzonych badań diagnostycznych stwierdzono:

.....  
.....

**2. METODY WEWNĄTRZMACICZNEJ DIAGNOSTYKI:**

Po szczegółowej analizie przypadku proponujemy przeprowadzenie zabiegu polegającego na wprowadzeniu igły punkcyjnej poprzez powłoki jamy brzusznej do jamy macicy oraz wykonania:

- amniopunkcji
- biopsji kosmówki
- kordocentezy,

Celem proponowanego zabiegu jest uzyskanie materiału do badań genetycznych i/lub biochemicznych.

**3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:**

Pomimo, że powikłania związane z zabiegową działalnością wewnątrzmaciczną zdarzają się rzadko, to w wyniku tych działań może dojść do:

- wyzwolenia nadmiernej czynności skurczowej macicy,
- pęknięcia błon płodowych z odpłynięciem płynu owodniowego,
- przedwczesnego oddzielenia łożyska/kosmówki,
- wprowadzenia infekcji do środowiska jaja płodowego,
- uszkodzenia ciągłości tkanek płodu,
- tamponady pępowiny w przypadku kordocentezy
- okresowej bradykardii lub tachykardii płodu,
- poronienia,
- porodu przedwczesnego.

**4. ROZMOWA Z LEKARZEM**

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

**5. KONIECZNOŚĆ WYKONANIA CIĘCIA CESARSKIEGO PODCZAS TRWANIA ZABIEGU WEWNĄTRZMACICZNEGO (PO 24 TYGODNIU CIĄŻY).**

*W przypadku zaistnienia w trakcie zabiegu wewnątrzmacicznego bezwzględnych wskazań do zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego wyrażam zgodę na jego przeprowadzenie.*

.....

**6. OŚWIADCZENIE PACJENTKI**

*Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób. W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane podczas rozmowy z lekarzem.*

*Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią doktor*

.....

Spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania,
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- rokowania.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz uzyskanych danych medycznych, wyłącznie dla celów medycznych i naukowych

**Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu diagnostycznego:**

- amniopunkcji     - biopsja kosmówki     - kordocenteza

.....  
data

podpis lekarza

podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna

**Nie zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu diagnostycznego:**

- amniopunkcji     - biopsja kosmówki     - kordocenteza

.....  
data

podpis lekarza

podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna