

**Świadoma zgoda przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego na leczenie hipotermią noworodka z cechami niedotlenienia okołoporodowego**

*Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.*

**Nazwisko i Imię dziecka.....ID:.....**

**Proponowany sposób leczenia** - hipotermia nieselektywna całego ciała / chłodzenie ciała noworodka przy użyciu Tecotherm TS med. 200N.

**Opis zabiegu** - obniżenie temperatury ciała noworodka do temperatury głębokiej 33- 34 st. Celsjusza w ciągu pierwszych 6 godzin życia i utrzymanie stanu hipotermii przez kolejne 72 godziny przy użyciu maty termicznej, na której umieszcza się dziecko stale monitorując temperaturę ciała. Po zakończeniu pełnego cyklu chłodzenia następuje 4 - godzinny powrót do normalnej temperatury ciała . W trakcie prowadzenia leczenia wymagane jest ograniczenie stymulacji i dotykania do minimum. Żywienie doustne jest zastąpione dożylnym, z tego względu wskazane jest podtrzymywanie laktacji przez matkę. W trakcie hipotermii monitorowana jest czynność bioelektryczna mózgu .

**Oczekiwane korzyści** - przerwanie kaskady następujących po sobie uszkadzających procesów w mózgu . Nasilenie zmian ściśle powiązane jest z długością niedotlenienia , lokalizacją obszaru niedotlenienia, oraz stopniem dojrzałości komórek mózgu dziecka.

**Objawy uboczne** - zaburzenia rytmu serca, zaburzenia ze strony układu krzepnięcia, zaburzenia ukrwienia skóry.

**Ewentualne inne sposoby postępowania** - obecnie brak

**Skutki odmowy** - możliwe nasilenie powikłań związanych z rozwojem encefalopatii niedokrwienno - niedotlenieniowej w przebiegu niedotlenienia okołoporodowego , takich jak : opóźnienie rozwoju psychicznego , ruchowego i/lub drgawki.

## **OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO**

Oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie satysfakcjonujące mnie odpowiedzi.

Zgadzam się na wykonanie zaproponowanej procedury medycznej.

.....  
data i podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

.....  
data i podpis lekarza

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**

.....  
data i podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

.....  
data i podpis lekarza