



Klinika Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej

Formularz świadomej zgody na

PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI WEWNĄTRZMACICZNEJ

Imię i nazwisko:

PESEL/ Data urodzenia:

Nr ks. gł.:

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:

- amniopnkcji
- 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 CESRASKIEGO 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

☐ amniopunkcji ☐ biopsji kosmówki ☐ kordocentezy

.....

data podpis lekarza podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu diagnostycznego:

☐ amniopunkcji ☐ biopsji kosmówki ☐ kordocentezy

.....

data podpis lekarza podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna