

Informovaný souhlas pacientky s invazivním vyšetřením plodu

Pacientka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacientky: (případně jiná adresa) Kontaktní telefonní číslo (mobil):	

Vážená pacientko,

velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevila Fakultní nemocnici Olomouc. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohla svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek Vám provedeme invazivní vyšetření plodu.

Název výkonu**Invazivní vyšetření plodu****Účel výkonu**

Na našem pracovišti Vám byl navržen invazivní výkon, při kterém je odebrán biologický materiál plodu pro potřeby následného laboratorního vyšetření. Podle typu výkonu se odebírá vzorek choriových klků (CVS), plodové vody (amniocentéza) nebo pupečnickové krve (kordocentéza). Vzorky jsou dále vyšetřovány v laboratořích. Vyšetření provádíme vždy ambulantně - amniocentézu a kordocentézu bez anestézie, vzhledem k nepatrné bolestivosti, CVS v místním znecitlivění.

Povaha výkonu

Vlastní výkon (navržený výkon bude zakroužkován):

CVS – jde o odběr vzorku choriových klků. Vyšetření provádíme mezi 11. až 14. týdnem těhotenství. Za kontroly ultrazvuku, po předchozí dezinfekci kůže jodovým nebo alkoholovým preparátem, pronikáme jednorázovým vpichem tenkou ostrou jehlou přes stěnu břišní a děložní do oblasti budoucí placentární tkáně plodu a z tohoto místa odebíráme malé množství buněčného materiálu pro další laboratorní zpracování. Po vytažení jehly se místo vpichu dezinfikuje a kryje sterilním tamponem.

Amniocentéza – odběr plodové vody. Plodová voda obsahuje odloučené buňky plodu a další substance. Jejím odběrem získáme tyto buňky, které jsou vhodným materiálem pro další, nejčastěji chromozomální, vyšetření. Výkon se provádí v období mezi 16. až 21. týdnem těhotenství, nejčastěji kolem 16. týdne. Za kontroly ultrazvuku, po předchozí dezinfekci kůže jodovým nebo alkoholovým preparátem, pronikáme jednorázovým vpichem tenkou ostrou jehlou přes stěnu břišní, děložní a plodové obaly do plodové vody. Polohu hrotu jehly přísně kontrolujeme ultrazvukem, tak aby nedošlo k poranění plodu. Odebíráme asi 20 ml plodové vody, toto množství se spontánně obnoví během několika hodin po výkonu. Po nasátí plodové vody do sterilní stříkačky se jehla vytahuje a místo vpichu se dezinfikuje a kryje sterilním tamponem.

Kordocentéza – odběr krve plodu z pupečníku v oblasti odstupu pupečníku z placenty. Výkon většinou provádíme od 20. týdne těhotenství. Pod ultrazukovou kontrolou, po předchozí dezinfekci kůže jodovým nebo alkoholovým preparátem, pronikáme přes stěnu břišní i děložní do oblasti odstupu pupečníku z placenty a odebíráme krev z pupečnickové cévy. Do sterilní stříkačky nasáváme asi 2 ml pupečnickové krve plodu pro další laboratorní zpracování. Po vytažení jehly se místo vpichu dezinfikuje a kryje sterilním tamponem.

Před výkonem doporučujeme:

- předchozí vyšetření ošetřujícím gynekologem,
- zajištění pracovní neschopnosti ode dne výkonu,
- zajištění doprovodu další osoby po výkonu.

Po výkonu doporučujeme:

- cca 2 hodinový klidový režim na našem pracovišti,
- po návratu domů jednodenní klidový režim na lůžku.

2 týdenní šetření od fyzicky namáhavé práce, sportu, dalekého cestování, pracovní neschopnost.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyloučení postižení plodu.

Alternativa výkonu

Neinvazivní vyšetření nevyloučí postižení plodu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko potratu zdravého plodu v souvislosti s provedením invazivního výkonu se odhaduje v případě CVS a amniocentézy na 0,5 až 1 %, v případě kordocentézy na 1-3 %.

Nejčastější možné komplikace jsou:

- odtok plodové vody,
- krvácení z místa vpichu do pupečníkové cévy (kordocentéza),
- infekce plodu a plodových obalů,
- potracení plodu.

Komplikace, které se objeví do 2 týdnů po výkonu, mohou být v souvislosti s provedeným výkonem.

V malém procentu případů laboratorní výsledek nepostačuje ke zhodnocení a výkon se musí zopakovat.

Následky výkonu

- možné vzniknutí malé krevní podlitiny v místě kolem vpichu punkční jehly, možná bolestivost v podbřišku
- u citlivých osob možná nevolnost po výkonu.

V případě jakýchkoliv potíží (zvýšená tělesná teplota, nezvyklé křeče v podbřišku, výtok) okamžitě vyhledejte lékařské vyšetření!!!

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?	ANO	NE
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?	ANO	NE
3. Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení?	ANO	NE

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.

Souhlas:

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byla jsem informována o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byla jsem informována o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměla, měla jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčela žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacientky

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacientka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacientka nemohla podepsat:

Jak pacientka projevila svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina