

# FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI WEWNĄTRZMACICZNEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI.....

PESEL.....

## 1. WSKAZANIA DO WEWNĄTRZMACICZNEJ DIAGNOSTYKI:

Na podstawie przeprowadzonych badań diagnostycznych stwierdzono:

.....  
.....

## 2. MOŻLIWOŚCI WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

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

- amiopunkcji,
- 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,
- uszkodzenie 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

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi 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.

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

[ ] - amiopunkcja [ ] - biopsja kosmówki [ ] - kordocenteza

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

.....  
.....  
.....  
data podpis lekarza podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna