

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

Gynekologicko-porodnické oddělení**Centrum fetální medicíny, tel.: 577 552 537, email: genetika@bnzlin.cz**

PAPP-A

hCG

TSH

fT4

anti TPO

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient)

Pacient byl ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:

- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

OSCAR

Vážená paní,

přicházíte na specializované vyšetření do **Centra fetální medicíny**. Centrum se specializuje na screening (vyhledávání) chromozomálních abnormalit plodu, zjišťování vývojových vad plodu a nově i na screening snížené funkce štítné žlázy (automaticky součást prvotrimestrálního screeningu), která ovlivňuje psychomotorický vývoj plodu a jeho IQ po narození.

Cílem těchto vyšetření je stanovení rizika chromozomálních abnormalit plodu, vyšetření dosavadního vývoje plodu a posouzení možné přítomnosti vrozené vývojové vady u plodu.

K vyšetření je možno přistoupit až na základě Vašeho písemného souhlasu, což je tento formulář, který právě čtete. Prosíme, abyste vyplnila potřebné osobní a kontaktní informace a zakroužkovaly typ vyšetření, ke kterému jste se objednala. Podrobné informace k jednotlivým typům vyšetření jsou uvedeny níže. V případě jakýchkoliv nejasností se prosím ptejte zdravotníků před nebo i při vyšetření.

Pacientka (jméno a příjmení):

Datum narození: Rodné číslo: Zdr. pojišťovna:

Adresa: PSČ:

Telefon: Hmotnost: Počet porodů: Kouření:

Umělé oplodnění: ano - ne

Typ vyšetření (prosíme zakroužkujte):

- a) screening v I. trimestru (11. - 14. týdnu)
- b) ultrazvukové vyšetření v 17. -18. týdnu
- c) ultrazvukové vyšetření ve II. trimestru (20. - 22. týdnu)
- d) vyšetření s výsledkem triple testu
- e) konzultace na doporučení lékaře

ad a) Screening v I. trimestru (11. - 14. týdnu): vyšetření slouží k výpočtu rizika chromozomální vady plodu a vyhodnocení funkce štítné žlázy. Nejčastější chromozomální vada je takzvaný Downův syndrom. K výpočtu rizika se používají znaky zjištěné ultrazvukovým vyšetřením plodu, hodnoty těhotenských hormonů z krevního odběru a věk matky. Číselně vyjádřený výsledek interpretujeme a sdělíme vám doporučení o dalším postupu. Číselná výška rizika je slovně převedena do jedné ze tří následujících možností:

Screening negativní - velmi nízké riziko: doporučujeme další ultrazvukové vyšetření v 20. - 22. týdnu těhotenství. Vyšetření lze provést na našem pracovišti a můžete se objednat buď sama, nebo přes Vašeho ošetřujícího gynekologa.

Screening negativní, hraniční výsledek - nízké riziko: výsledek, kdy jsou hodnoty jednoznačně negativní, ale jsou blízko hraničních mezí. Obvykle doporučíme kontrolní ultrazvukové vyšetření okolo 17. týdnu těhotenství, kdy máme možnost dalšího posouzení vývoje Vašeho plodu.

Screening pozitivní - vysoké riziko: doporučujeme vyšetření chromozomů plodu, které se provádí z odběru choriových klků z placenty (do 14. týdne) nebo odběrem plodové vody (po 16. týdnu). Vy se rozhodnete, zda odběr postoupit. Pokud Vám bude doporučen odběr choriových klků z placenty nebo plodové vody, dostanete k podpisu další formulář. U většiny žen s pozitivním screeningem se podezření na chromozomální vadu u plodu nepotvrdí!

ad b) Ultrazvukové vyšetření v 17. - 18. týdnu: kontrolní ultrazvukové vyšetření plodu v 17. - 18. týdnu těhotenství. Vyšetření posuzuje vývoj plodu a díky pokročilejšímu stádiu těhotenství je možno podrobněji a spolehlivěji vyšetřit jednotlivé orgány plodu.

ad c) Ultrazvukové vyšetření v II. trimestru: kontrolní ultrazvukové vyšetření plodu v 20. - 22. týdnu těhotenství. Toto období je optimální k podrobnému ultrazvukovému vyšetření plodu k posouzení eventuelní přítomnosti vrozených vývojových vad (např. srdeční vady, rozštěpové vady atd.). Toto vyšetření by měly podstoupit všechny těhotné ženy.

ad d) Vyšetření s výsledkem triple testu: v případě pozitivního triple testu, který Vám byl proveden u Vašeho obvodního gynekologa lze u nás na základě ultrazvukového vyšetření a konzultace upřesnit možné riziko chromozomální nebo jiné vývojové vady u Vašeho plodu a provést integraci vyšetření I. a II. trimestru.

Možná rizika a komplikace prenatalního vyšetření:

- při odběru krve je možnost tvorby hematomu (modřiny) v místě vpichu
- v dostupné literatuře nejsou popisována rizika ani komplikace ultrazvukového vyšetření plodu. Riziko v užším smyslu slova znamená i to, že se i přes veškerou snahu nemusí podařit odhalit vývojovou vadu plodu či chromozomální abnormalitu. Proto je nutné abyste byla informována, že ačkoli metody, které používáme, patří k nejlepším v oboru, nemůžeme Vám poskytnout 100% záruku zdravého plodu.

Pozn.:

Pokud užíváte jakékoliv léky na štítnou žlázu nebo jste sledována u endokrinologa, upozorněte nás prosím na tuto skutečnost před odběrem krve!!!

Doc. MUDr. Ishraq Dhaifalah, PhD.
vedoucí lékař Centra fetální medicíny

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevyklučují. Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

.....
Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu

.....
Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíší negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor
..... (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu (vyplní lékař).

Ve Zlíně, dne hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.