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 zdravotním 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 léčebnému postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientce:

Pacientka:_____
Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci):_____
Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientce, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byla pacientka (její zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání

informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient) ……

Pacientka byla 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 pacientku,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v ní 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 zakroužkovala 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 eventuální 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 prenatálního 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 pacientky, jež byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byla poučena svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují. Dále prohlašuji, že jsem byla příslušným zdravotnickým pracovníkem poučena 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 pacientka 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 měla jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.
Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.
Zároveň jsem poučena 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 sepíši negativní reverz.

Nezletilá pacientka (pacientka s omezenou svéprávností) k poskytnutí zdravotní služby vyslovila svůj názor …… (vyplní lékař).

Názor nezletilé pacientky (pacientky s omezenou svéprávností) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu …… (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne…… hodina……

_____
Vlastnoruční podpis pacientky (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 pacientka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacientka projevila svou vůli a důvodů bránících pacientce ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

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