

Screening preeklampsie v I. trimestru gravidity

Pacientka (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vážená paní, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o screeningu preeklampsie. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohla rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je screening preeklampsie:

Jedná se o integrované zhodnocení krevních odběrů, měření tlaku krve, anamnestických údajů a ultrazvukového vyšetření v rámci komplexního screeningu genetických vad v I. trimestru těhotenství. Tento test je však možné provádět i samostatně. Výsledkem je míra rizika rozvoje preeklampsie a růstového zpomalení plodu v průběhu těhotenství.

Jedná se o vyšetření na žádost pacientky, není hrazeno zdravotní pojišťovnou, cena na našem pracovišti je:

..... Kč – v rámci komplexního screeningu I. trimestru.

..... Kč. – screening preeklampsie je prováděn samostatně.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Tento screening dokáže najít těhotné se zvýšeným rizikem preeklampsie a růstového zpomalení plodu. Test dokáže zachytit 95% těhotných s rizikem časně formy preeklampsie a růstového zpomalení plodu (před 34. týdnem těhotenství) a 45% těhotných s rizikem pozdějších forem preeklampsie (po 34. týdnu).

Preeklampsie je jedno z nejzávažnějších onemocnění v těhotenství, charakterizováno zvýšením krevního tlaku těhotné, vylučováním bílkovin do moči, otoky a příp. dalšími nálezy. Neléčená může vést k vážnému poškození zdraví jak těhotné, tak i plodu, případně až ke smrti obou. Růstové zpomalení plodu se vznikem preeklampsie souvisí (především časně formy) a vede ke statisticky zvýšené nemocnosti a úmrtnosti takto postižených plodů a již narozených dětí.

Jaký je režim pacientky před výkonem:

Před výkonem není nutná žádná zvláštní příprava. Není nutné lačnit.

Jaký je postup při provádění výkonu:

V 10. týdnu těhotenství jsou provedeny odběry krve na specifické látky v krvi těhotné (buď samostatně pro screening preeklampsie nebo v rámci odběrů pro komplexní screening v I. trimestru). Následně mezi 11. a 13. týdnem těhotenství je doplněno standardizované

měření krevního tlaku a ultrazvukové vyšetření (toto je možné kombinovat spolu s ultrazvukovým vyšetřením v rámci komplexního screeningu v I. trimestru). Spolu se specifickými anamnestickými údaji je následně stanoveno individuální riziko vzniku preeklampsie a růstového opoždění plodu v daném těhotenství. V případě zvýšeného rizika jsou následně těhotné doporučena opatření ke snížení pravděpodobnosti vzniku těchto stavů.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Vyšetření je neinvazivní, proto je riziko výkonu minimální. Doposud nebylo prokázáno, že by ultrazvuk (v dávce potřebné k provedení vyšetření) mohl poškodit vyvíjející se zárodek, a to ani v období I. trimestru.

Jediným rizikem tak je zařazení těhotné do nesprávné kategorie (riziková / neriziková). Toto však vychází z výše uvedených procentuálních charakteristik vyšetření a je nutné s tím počítat jako s faktem.

Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:

Po výkonu není nutný zvláštní režim.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Toto vyšetření nemá v současné době žádnou alternativu.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla. Lékařem jsem byla poučena o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

Prohlašuji, že mi byly sestrou/porodní asistentkou náležitě objasněny veškeré informace z hlediska ošetrovatelské péče vzhledem k provedení lékařského výkonu.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Datum:

Podpis pacientky nebo zákonného zástupce

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

Razítko a podpis sestry/porodní asistentky, která vysvětlující pohovor provedla

Pacientka není schopna podpisu. Svůj souhlas vyjádřila:

popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře