

3D ultrazvuk

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 3D ultrazvuku.

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 3D ultrazvuk:

Jedná se o ultrazvukové vyšetření na přístroji, který je schopen vytvořit virtuální 3D obraz plodu. Jedná se o vyšetření na žádost pacientky, není hrazeno zdravotní pojišťovnou, cena na našem pracovišti je Kč.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Jedná se o vyšetření na vlastní žádost matky. Při tomto vyšetření nejsou zjišťovány případné vývojové vady plodu. I v případě podezření či zjištění vývojové vady plodu, nebude tato skutečnost matce sdělena.

Jaký je režim pacientky před výkonem:

Před výkonem není nutná žádná zvláštní příprava.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkonem je ultrazvukové vyšetření s vytvořením virtuálního 3D obrazu plodu (eventuelně částí plodu), který se zaznamenán na DVD disk. Délka záznamu je cca 10–15 min. Dále pak 2 snímky z termoprinteru.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Doposud nebylo prokázáno, že by ultrazvuk (v dávce potřebné k provedení vyšetření) mohl poškodit vyvíjející se zárodek.

Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:

Po výkonu není nutný zvláštní režim.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Ultrazvukové foto plodu z termoprinteru.

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