

Screening 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 I. trimestru gravidity. 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 I. trimestru gravidity:

Jedná se o integrované zhodnocení krevních odběrů a ultrazvukového vyšetření plodu, jehož výsledkem je míra rizika postižení plodu chromozomální vadou.

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

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem screeningu I. trimestru gravidity je stanovení rizika postižení plodu chromozomální vadou.

Jaký je režim pacientky před výkonem:

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

Jaký je postup při provádění výkonu:

Součástí vyšetření je provedení ultrazvuku a odběru krve. Odběr krve se provede obvykle v 10. týdnu těhotenství (alternativně možný odběr od 10. do 13. týdne těhotenství), následuje ultrazvukové vyšetření, které se provádí od začátku 11. do konce 13. týdne těhotenství. Na konci tohoto vyšetření Vám bude sdělen výsledek vyšetření, který vyjadřuje Vaše individuální riziko Downova syndromu a jiných genetických vad plodu.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

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

Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:

Po výkonu není nutný zvláštní režim.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Alternativně je možné provedení biochemického screeningu v II. trimestru gravidity – vyšetření krve, které však má nižší záchyť plodů s chromozomální vadou a zároveň vyšší riziko falešně pozitivních výsledků vyšetření, které je pak důvodem pro provedení amniocentézy – odběru vzorku plodové vody.

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 provedenému lékařskému 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