



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970  
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz  
Tel. 52 370 91 02  
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

**PR5\_PJ16\_F11**

**ZGODA NA PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI WEWNĄTRZMACICZNEJ**  
**- AMNIOPUNKCJI**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

**1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.**

**2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Amniopunkcja to inwazyjne badanie prenatalne, które polega na pobraniu próbki około 15-20 ml płynu owodniowego pod kontrolą USG. Badanie to jest standardem diagnostyki wad genetycznych i chromosomalnych, np. zespołu Downa, zespołu Edwardsa, zespołu Patau. Pozwala również na wykrycie chorób dziedzicznych, takich jak mukowiscydoza czy anemia sierpowata.

**3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu/badania, rokowaniach.**

Celem proponowanego zabiegu jest uzyskanie materiału do badań genetycznych i/lub biochemicznych. Badanie to umożliwia potwierdzenie lub wykluczenie wady chromosomowej podejrzewanej w badaniach nieinwazyjnych. Umożliwia również podjęcie decyzji co do dalszego postępowania leczniczego w okresie prenatalnym i terapeutycznego w okresie okołoporodowym.

**4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/badania.**

Cała procedura trwa zwykle kilka minut i nie wymaga specjalnego przygotowania. W przypadku stosowania przez pacjentkę heparyn drobnocząsteczkowych, może zajść potrzeba odstawienia leku na 24h przed zabiegiem amniopunkcji, fakt ten należy zgłosić do lekarza przeprowadzającego badanie.

Najważniejsze są pierwsze dwa dni po wykonanym zabiegu, natomiast całkowite zagrożenie wystąpienia powikłań mija po 2 tygodniach. Istotne jest to, aby w tym czasie unikać nadmiernego wysiłku, a w razie zaobserwowania niepokojących objawów (np. bóle brzucha lub podbrzusza, plamienie) jak najszybciej skontaktować się z lekarzem. U kobiet Rh (ujemnych) po każdej procedurze inwazyjnej powinno zostać wdrożone postępowanie profilaktyczne polegające na podaniu immunoglobuliny antyD.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

### 5. Możliwych, najprawdopodobniejszych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

Ze względu, że jest to badanie inwazyjne nie da się w 100% wykluczyć wystąpienia ewentualnych powikłań po zabiegu tj: wyzwolenie nadmiernej czynności skurczowej macicy, pęknięcie błon płodowych z odpłynięciem płynu owodniowego, przedwczesne oddzielenie łożyska/kosmówki, wprowadzenie infekcji do środowiska jaja płodowego, uszkodzenie ciągłości tkanek płodu, tamponady pępowiny w przypadku kordocentezy, okresowej tachykardii lub bradykardii płodu, poronienia, porodu przedwczesnego.

### 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

W przypadku odstąpienia od amniopunkcji istnieje zwiększone ryzyko nieprawidłowego postępowania leczniczego w okresie prenatalnym i terapeutycznym w okresie okołoporodowym.

### 7. Alternatywnych metodach leczenia.

Po amniopunkcji nie ma alternatywnych form leczenia, ponieważ jest to badanie diagnostyczne, a nie terapeutyczne. Po zabiegu zaleca się odpoczynek, unikanie wysiłku fizycznego, a w przypadku niepokojących objawów, takich jak bóle, skurcze, krwawienie lub odpłynięcie płynu owodniowego, należy skontaktować się z lekarzem.

### 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

Przeciwwskazaniami do wykonania amniopunkcji są aktywne infekcje dróg rodnych, krwawienie z dróg rodnych w ciągu ostatnich dwóch tygodni przed badaniem, lub objawy zagrażającego porodu przedwczesnego, a także stosowanie leków przeciwkrzepliwych bez konsultacji z lekarzem.

### 9. Uwagi:

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam istotnych informacji odnośnie:**

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

**Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:**

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/zabiegu,



Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>