

INFORMOVANÝ SOUHLAS FETÁLNÍ REDUKCE (SNÍŽENÍ POČTU PLODŮ U VÍCEČETNÉHO TĚHOTENSTVÍ)

Jméno a příjmení pacientky:

Číslo pojištěnce:

Ošetřující lékař:

Vážená paní,
na základě provedených vyšetření u Vás bylo zjištěno vícečetné těhotenství. Na Vaši žádost Vám bude provedena redukce počtu vyvíjejících se plodů. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

DŮVOD PROVEDENÍ VÝKONU

Výkon spočívá ve snížení počtu vyvíjejících se plodů u vícečetného těhotenství za účelem zlepšení prognózy (předpokládaného vývoje) těhotenství.

MOŽNOSTI LÉČBY/ŘEŠENÍ ZDRAVOTNÍHO PROBLÉMU

V případě ponechání stávajícího počtu vyvíjejících se plodů je zvýšené riziko (nebezpečí) potratu či předčasného porodu.

PŘÍPRAVA K VÝKONU

Výkon provádíme nalačno, bez znečistlivění.

POSTUP PŘI VÝKONU

Výkon se provádí za kontroly ultrazvuku, kdy za pomoci vpichu přes stěnu břišní zavádíme jehlu do redukovaného (odstraněného) plodu a podáme látku, která způsobí zástavu srdeční činnosti plodu.

RIZIKA A MOŽNÉ KOMPLIKACE VÝKONU

Bolest v podbřišku během či po výkonu zpravidla brzy odezní. Za 1 – 2 dny se může objevit špinění i slabší krvácení, které rovněž pomine. Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit nekomplikovaný průběh výkonu. Komplikace se díky pokroku v medicíně vyskytují zřídka. Přesto nemůžeme vyloučit, že dojde k samovolné redukci dalšího plodu. To však není důvodem k přerušení těhotenství, je třeba vyčkat dalšího průběhu, zůstane-li alespoň jeden plod životaschopný. Přes veškerá opatření a zajištění Vašeho těhotenství, může dojít i k samovolnému potratu zbývajících plodů. Tato komplikace se vyskytuje asi v 5 – 10 %. Je nutné si uvědomit, že při ponechání vícečetného těhotenství (trojčata a více) je riziko samovolného potratu vyšší (asi 10 – 20 %).

INFORMOVANÝ SOUHLAS FETÁLNÍ REDUKCE (SNÍŽENÍ POČTU PLODŮ U VÍCEČETNÉHO TĚHOTENSTVÍ)

PROHLÁŠENÍ PACIENTKY

Prohlašuji, že jsem byla podrobně seznámena u plánovaného zdravotního výkonu se všemi alternativami léčby, s jejich výhodami a riziky a měla jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům). Byla jsem seznámena s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní neschopnosti po výkonu, s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti. Byla jsem seznámena s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony. Prohlašuji, že jsem mohla klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměla a souhlasím s navrhovaným postupem. V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Prohlašuji, že jsem v souladu se současnými znalostmi podrobně seznámil/a pacientku s plánovaným výkonem a možnými komplikacemi a zodpověděl/a veškeré dotazy.

Podpis lékaře:.....Dne:.....

Podpis vyšetřované ženy

(nebo zákonného zástupce):.....Dne:.....