

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): AMNIOCENTÉZA - PUNKCE AMNIÁLNÍ DUTINY ZA ULTRAZVUKOVÉ KONTROLY (ODBĚR VZORKU VODY PLODOVÉ)	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je získat vzorek plodové vody k následnému vyšetření. <u>Amniocentéza se provádí od 15. týdne těhotenství (16+0)</u> , velmi tenkou jehlou za ultrazvukové kontroly zavede do amniální dutiny (dutina obsahující plod, která je vyplněná vodou plodovou), bez nutnosti anestezie. S vodou plodovou získáme i odloupané buňky plodu, které mohou být v laboratorních podmínkách namnoženy a vyšetřeny. Každá buňka lidského těla obsahuje 46 chromozomů, jejichž vyšetřením v odůvodněných případech lze stanovit, zda plod je nebo není postižen závažnou chromozomálně podmíněnou vadou (např. Downovou chorobou). Voda plodová může být též vyšetřena cíleně biochemicky a získaná informace může přispět k vyloučení některých dalších vad plodu. I přes velkou opatrnost a péči může během amniocentézy dojít ke <u>komplikacím</u> : <ul style="list-style-type: none">- odtok vody plodové,- děložní stahy s následným potratem plodu,- infekce (chorioamnionitis), velmi vzácná, méně jak 0,1%,- poranění plodu či závažné komplikace u matky jsou udávány jako velmi vzácné. Riziko potratu (spojené s odtokem vody plodové a děložními stahy) je v literatuře na velkých souborech udávané v širokém rozmezí mezi 0,1-1%, tj. 1 potrat na 1000 provedených výkonů až 1 potrat na 100 provedených výkonů.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Tento výkon nemá v uvedených situacích alternativu, nelze ho nahradit jiným postupem.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Vyšetření se provádí za sterilních podmínek. Těhotná žena při výkonu leží. Vpich se provádí pod ultrazvukovou kontrolou v oblasti podbříšku tenkou jednorázovou jehlou. Odběr vody plodové lze pocitově přirovnat k odběru krve. Většina žen udává, že vpich je nebolestivý a je vnímán jen jako tupý tlak. Celý zákrok trvá několik minut. Průběh výkonu může být digitálně dokumentován a prezentován (fotodokumentace, videozáznam). VFN se zavazuje, že to bude provedeno zcela anonymně, že nebude zaznamenán žádný Váš charakteristický rozpoznávací znak (zejména obličej) a ani na základě propojení rozpoznávacích znaků s dalšími identifikačními znaky nebude možná plná identifikace Vaší osoby. <input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím s fotodokumentací nebo s videozáznamem	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po výkonu těhotná odpočívá chvíli vsedě v čekárně, pokud nemá žádné obtíže, může odjet v doprovodu domů. Po výkonu není nárok na převoz sanitkou. Doporučuje se týdenní sexuální abstinence a celkové šetření. Pracovní neschopnost většinou nutná není, ale rozhoduje o ní dle aktuálního stavu těhotné její ošetřující (registrující) gynekolog.	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:

r. č.:

Další potřebná léčba:

Další postup závisí na výsledku analýzy vody plodové (diagnostické vyšetření). Výsledek se těhotná dozví do 48 pracovních hodin z rychlého stanovení, cytogenetické vyšetření bývá obvykle k dispozici za 14-21 dní. Výsledky budou dostupné u genetika, který výkon indikoval.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....

podpis pacienta / zákonného zástupce

.....

jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka