

CORDOCENTESIS

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ПУНКЦИЯ ПУПОЧНОГО КАНАТИКА

Пункция пупочного канатика (пуповины) является методом быстрой прямой генетической диагностики плода, производимой с целью получения информации о патологических его состояниях. Это исследование рекомендуется в тех случаях, когда необходима быстрая диагностика или когда нет других путей для получения информации о состоянии плода. Пункция производится путем введения иглы в матку к месту присоединения пупочного канатика к плаценте. Манипуляция производится под ультразвуковым контролем. При многоплодной беременности необходимо пунктировать каждый пупочный канатик в отдельности. Пункция производится под местной анестезией. Очень важно сообщить врачу все, что Вам известно о наличии в семье генетических заболеваний или об исследованиях, которые проводились для выявления генетических отклонений.

Данные больной

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.י.ת
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от доктора -

שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי	שם פרטי
имя	фамилия	имя	фамилия

о необходимости пункции пупочного канатика для диагностики состояния плода в связи с _____ (в дальнейшем: «исследование»). Я получила объяснения о возможных альтернативных диагностических методиках, о достоинствах, недостатках и сопутствующих явлениях, присущих каждой из них. Мне известно, что пункция пупочного канатика может оказаться неудачной с технической точки зрения; что полученные результаты исследования не будут иметь однозначного толкования, и тогда возникнет необходимость в повторной пункции. Кроме того, мне объяснено, что нормальные результаты настоящего исследования не гарантируют того, что у новорожденного не будет физических, душевных или умственных пороков, включая наследственные дефекты и заболевания, наличие которых не проверялось или которые не могут быть выявлены при пункции пупочного канатика. Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известны сопутствующие явления исследования в виде чувствительности или ощущения давления в нижнем отделе живота, возможны также легкая боль в месте укола, небольшое истечение околоплодных вод и незначительное кровотечение из влагалища. Кроме того, я осведомлена о возможных осложнениях, включая: патологическое состояние плода, которое потребует операции кесарева сечения в случае, если плод жизнеспособен; кровотечение из пуповины вследствие ее травмы, которое может привести к гибели плода в 1-2% случаев. Возникновение и характер осложнений зависит также от состояния плода перед исследованием. В редких случаях развивается внутриматочная инфекция, которая может потребовать удаления матки, а в чрезвычайно редких случаях она может привести к летальному исходу. Дополнительная пункция, произведенная сразу после первой, повышает риск развития указанных осложнений по сравнению с первой. Настоящим я даю согласие на выполнение исследования. Если в свете полученных при исследовании результатов потребуется прекращение беременности, то я даю согласие также на вскрытие абортированного плода. Настоящим я даю также согласие на проведение местной анестезии, будучи осведомлена о возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени тяжести на препараты, применяемые при местной анестезии. Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

חתימת החולה	שעה	תאריך
подпись больной	час	дата

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

* Лишнее стереть