

**OŚWIADCZENIE PACJENTKI I ŚWIADOMA ZGODA PACJENTKI NA WYKONANIE NIEINWAZYJNYCH BADAŃ  
PRENATALNYCH I INTERPRETACJĘ WYNIKÓW BADAŃ W GRAPA MEDICA**

Imię i nazwisko pacjenta .....Pesel .....

Przyjmowane leki .....

Uczulenia .....

**Informacja dla pacjentki:**

Celem wymienionych niżej badań jest ocena rozwoju ciąży, w tym oszacowanie ryzyka wystąpienia następujących, najczęstszych aberracji chromosomalnych: Trisomii 21 (zespół Downa), Trisomii 18 (zespół Edwardsa), Trisomii 13 (zespół Patau).

Czynności związane z wykonywaniem wymienionych poniżej badań nie niosą ze sobą ryzyka dla matki i dziecka. Końcowym efektem wykonania badań prenatalnych może być informacja o zdrowiu lub chorobie dziecka. Oszacowanie ryzyka nie jest jednoznaczne ze stwierdzeniem lub wykluczeniem choroby dziecka.

**Nieinwazyjne badania prenatalne pierwszego trymestru:**

- test PAPP-A (oznaczenie białka PAPP-A i BHCG) i interpretacja wyniku badania przy użyciu oprogramowania opartego o algorytm Fetal Medicine Foundation;
- wykonanie badania USG pomiędzy 11.0 a 13.6 tygodniem ciąży i interpretacja wyniku badania przy użyciu oprogramowania opartego o algorytm Fetal Medicine Foundation.

**Oświadczenie i zgoda Pacjentki:**

**Oświadczam, że** zostałam poinformowana o sposobie i przebiegu badania oraz uzyskałam wyczerpujące informacje na temat metody badania i interpretacji wyniku. Jednocześnie potwierdzam, że mogłam zadawać wszelkie pytania dotyczące badania i otrzymałam na nie odpowiedzi, które rozumiem a sposób postępowania lekarskiego aprobuję. Oświadczam, że przed rozpoczęciem badania udzieliłam pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania które lekarz zadawał w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów. Zostałam poinformowana o kosztach badania i ścieżce postępowania, które akceptuję, alternatywnych możliwościach badania z zaniechaniem włącznie, o ryzyku towarzyszącym innym metodom badania i konsekwencjach wynikających z zaniechania badania.

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie poniższych badań:**

- test PAPP-A (oznaczenie białka PAPP-A i BHCG) i interpretacja wyniku badania przy użyciu oprogramowania opartego o algorytm Fetal Medicine Foundation.

.....  
*Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

.....  
*Data i czytelny podpis małoletniego pacjenta, który ukończył 16 lat*

Uwaga: wymaganie złożenia podpisu dotyczy na równi z małoletnim pacjentem, który ukończył 16 lat, pacjenta ubezwłasnowolnionego, chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo, lecz dysponującego dostatecznym rozeznaniem

.....  
*Data i podpis lekarza*

- wykonanie badania USG pomiędzy 11.0 a 13.6 tygodniem ciąży i interpretacja wyniku badania przy użyciu oprogramowania opartego o algorytm Fetal Medicine Foundation.

.....  
*Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

.....  
*Data i czytelny podpis małoletniego pacjenta, który ukończył 16 lat*

Uwaga: wymaganie złożenia podpisu dotyczy na równi z małoletnim pacjentem, który ukończył 16 lat, pacjenta ubezwłasnowolnionego, chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo, lecz dysponującego dostatecznym rozeznaniem

.....  
*Data i podpis lekarza*