

Viešoji įstaiga „VILNIAUS GIMDYMO NAMAI“
Tyzenhauzų g. 18A, LT-02106 Vilnius, tel.: +370 5 2623482
Kodas: 124368392

NĖŠČIŲJŲ PRIĖMIMO IR GIMDYMO SKYRIUS, tel. +370 5 2695063

**SUTIKIMAS VAISIAUS PIRMEIGĖS DALIES KRAUJO RŪGŠČIŲ IR ŠARMŲ BALANSO IR
LAKTATŲ KIEKIO TYRIMUI**

Numatoma tyrimo data: 20__ m. _____ mėn. _____ d.

(Sveikatos priežiūros specialisto, atliksiančio tyrimą, profesinė kvalifikacija, vardas, pavardė)

(pacientės vardas, pavardė, amžius)

1. **Vaisiaus būklės vertinimo gimdymo metu metodas** – vaisiaus pirmėigės dalies kraujo paėmimas yra invazinis. Jo metu reikia įbrėžti vaisiaus odą, kad būtų galima paimti kraujo lašą tyrimui.
2. **Galimos ir svarbios pacientės apsisprendimui dėl sutikimo davimo procedūrai retos komplikacijos:** kraujavimas, infekcija naujagimio plaukuotosios odos dalyje, kur buvo įbrėžta oda.
3. **Kitos aplinkybės, svarbios pacientės apsisprendimui:**

4. **Anestezija nesukeliama.**

5. **GIMDYVĖS PATVIRTINIMAS**

- Aš, pasirašydama šį dokumentą, patvirtinu, kad akušeris ar gydytojas man suprantamai paaiškino apie mano ir vaisiaus būklę, numatomos atlikti vaisiaus pirmėigės dalies kraujo tyrimo priežastį, esmę, žinomas ir galimas komplikacijas bei kitas svarbias aplinkybes, kurios galėjo turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti procedūros, taip pat galimas pasekmes, jei procedūra nebūtų atlikta.
- Aš žinau, kad medicinos mokslas nėra tobulas (tikslus) ir daugelį dalykų sunku numatyti.
- Aš žinau, kad turiu pasakyti gydytojams apie visus praityje buvusius sveikatos sutrikimus, persirgtas ligas, atliktas operacijas, vartotus ir vartojamus vaistus, narkotines medžiagas, alergines reakcijas, genetinį paveldimumą ir kitus man žinamus duomenis, reikalingus tinkamai suteikti sveikatos priežiūros paslaugas. Esu informuota apie pareigą bendradarbiauti su gydytoju, vykdyti jo paskyrimus ir nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo jų.
- Aš perskaičiau (ar man buvo perskaitytas) šį sutikimo vaisiaus pirmėigės dalies kraujo tyrimui procedūros tekstą. Aš supratau gydytojo paaiškinimus žodžiu bei šį tekstą ir **sutinku, kad man būtų atliktas tyrimas.**

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____

Data _____ laikas _____

- **Nesutinku, kad man būtų atliktas šis tyrimas.** Aš buvau informuotas (-a), kad dėl to gali iškilti grėsmė mano ir/ar vaisiaus sveikatai ar gyvybei.

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____

Data _____ laikas _____

6. **GYDYTOJO PATVIRTINIMAS**

Aš patvirtinu, kad išsamiai aptariau ir įvertinau su gimdyve (jos atstovu) vaisiaus pirmėigės dalies kraujo paėmimo tyrimui naudą ir riziką, pacientei (jos atstovui) suteikiau pakankamai informacijos, kad apsispręstų dėl siūlomos procedūros.

Gydytojo vardas, pavardė, parašas _____

Supažindinimo data _____ laikas _____