



**Ε Μ Γ Ε**

Ελληνική Μαιευτική και  
Γυναικολογική Εταιρεία

## **ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ**

### **ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

Οι ακόλουθες επεξηγήσεις-αναφορές έχουν σαν στόχο να σας ενημερώσουν και όχι να σας ανησυχίσουν. Επίσης η περίπτωση σας μπορεί να αποτελεί μόνο ένα μέρος των όσων περιγράφονται. Προσωπικά παρακαλούμε να ρωτήσετε οτιδήποτε σας φαίνεται ασαφές ή σημαντικό. Μπορείτε επίσης να μας ενημερώσετε εάν δε θέλετε να έχετε περαιτέρω πληροφορίες για την επερχόμενη επέμβαση.

Η αμνιοπαρακέντηση αποσκοπεί στην έγκαιρη προγεννητική διάγνωση χρωμοσωμικών διαταραχών του εμβρύου σε εγκύους με ιστορικό στην οικογένεια προηγούμενου παιδιού με γενετική ασθένεια, χρωμοσωμική ή μεταβολική διαταραχή, ή σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου ο προγεννητικός έλεγχος πρώτου τριμήνου, με υπερηχογραφική μέτρηση της αυχενικής διαφάνειας του εμβρύου σε συνδυασμό με ανάλυση βιοχημικών παραγόντων του ορού της εγκύου καταδεικνύει αυξημένο κίνδυνο.

*Επέμβαση:* Η λήψη δείγματος αμνιακού υγρού που περιβάλλει το έμβρυο, μέσω λεπτής βελόνης μετά από διακοιλιακή προσπέλαση, υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση, με σκοπό την έγκαιρη προγεννητική διάγνωση χρωμοσωμικών διαταραχών, ανοικτών ανωμαλιών του νευρικού σωλήνα, λοιπών γενετικών και μεταβολικών διαταραχών του εμβρύου, λοιμώξεων αυτού, αλλά και για τον έλεγχο της πνευμονικής ωριμότητας του εμβρύου ή αιμολυτικής αναιμίας λόγω Rhesus ισοανοσοποίησης, σύμφωνα με το οικογενειακό ιστορικό και τη διαθεσιμότητα των δοκιμών εργαστηρίου κατά το χρόνο της διαδικασίας.

Για την πραγματοποίηση της επέμβασης δεν απαιτείται αναισθησία.

*Κίνδυνοι και επιπλοκές:* Αιμορραγία ή διαρροή αμνιακού υγρού από το σημείο παρακέντησης ή τον κόλπο, λοίμωξη, έναρξη μυομητρικής δραστηριότητας, πρόωρος τοκετός, αποβολή ή αποτυχία λήψεως ικανής ποσότητας δείγματος αμνιακού υγρού. Ο κίνδυνος αποβολής θεωρείται, βιβλιογραφικά, μικρότερος από 1% μετά από αμνιοπαρακέντηση κατά το δεύτερο τρίμηνο της κυήσεως.

Όπως σε όλες τις χειρουργικές πράξεις έτσι και στην περίπτωση αυτή υπάρχει απομακρυσμένη πιθανότητα βαριάς βλάβης ή θανάτου, με πιο κοινή αιτία τη σηψαιμία.

*Νοσηλεία:* Κατά την κανονική πορεία των πραγμάτων και εφόσον δεν υπάρξουν ειδικές συνθήκες ή επιπλοκές, η επέμβαση πραγματοποιείται αυθημερόν, χωρίς να απαιτείται νοσηλεία στο νοσοκομείο.

Μετά την επέμβαση: Θα πρέπει να ενημερώσω χωρίς καθυστέρηση το γιατρό μετά την εξέταση, εάν παρατηρήσω τις επόμενες ώρες ή ημέρες αιμορραγία ή διαρροή αμνιακού υγρού από το σημείο παρακέντησης ή τον κόλπο, εμπύρετο, κοιλιακό άλγος ή κράμπες, ή μεταβολή στη συνήθη δραστηριότητα του εμβρύου.

*Ερωτήσεις:*

*Σκίτσο επέμβασης (προαιρετικό):*

### **Συναίνεση εγκύου**

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και:

- Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου την πραγματοποίηση Αμνιοπαρακέντησης, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη, λόγω.....

και η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης

- Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.
- Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση.

Συαινώ στην υποβολή μου στην ως άνω επέμβαση από τον.....και την ομάδα του. Συαινώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συαινώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα .....