|  |
| --- |
| pieczęć jednostki  |
|

Warszawa, dnia …..…/………/…….…..r.

 **ZGODA NA BADANIE POTENCJAŁÓW WYWOŁANYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko pacjenta:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  | r. | **Nr Kartoteki** |  |  |  |  |  |  | **/** |  |  |
| dzień |  | miesiąc |  | rok |
| **Rozpoznanie:** |  | **PESEL\*:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\*) w przypadku noworodka numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj i numer dokumentu potwierdzającegotożsamość wpisać poniżej:* |
| Rodzaj i numer dokumentu, na podstawie którego stwierdzonotożsamość: |  |
| Wykonanie **Badania** **Potencjałów wywołanych** wymaga Państwa zgody. Poniżej przekazujemy Państwu informacje o celu, sposobie wykonania, oczekiwanych korzyściach i ryzyku związanym z wykonaniem badania. W razie wątpliwości lekarz prowadzący leczenie dziecka udzieli Państwu dodatkowych informacji.**Cel procedury /informacja o alternatywnych metodach leczenia**[Wzrokowe potencjały wywołane](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wzrokowe_potencja%C5%82y_wywo%C5%82ane) (ang- *Visual* *Evoked Potentials-* VEP) umożliwiają obiektywną ocenę funkcji drogi wzrokowej, [słuchowe potencjały wywołane](https://pl.wikipedia.org/wiki/S%C5%82uchowe_potencja%C5%82y_wywo%C5%82ane) (inaczej potencjały wywołane z pnia mózgu- *Brainstem Auditory* *Evoked Potentials* -BAEP) służą ocenie funkcji pnia mózgu, natomiast [somatosensoryczne potencjały wywołane](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Somatosensoryczne_potencja%C5%82y_wywo%C5%82ane&action=edit&redlink=1)(SEP-*Spinal Evoked Potentials*) oceniają funkcję drogi czuciowej od zakończeń czuciowych w skórze poprzez rdzeń kręgowy do kory czuciowej mózgu.**Opis przebiegu procedury****Badanie Potencjałów wywołanych** - polega na rejestrowaniu [potencjałów elektrycznych](https://pl.wikipedia.org/wiki/Potencja%C5%82_elektryczny) za pomocą elektrod powierzchownych umieszczonych na powierzchni głowy/tułowia po zadziałaniu odpowiedniego bodźca. Może to być bodziec wzrokowy słuchowy lub czuciowy. Przy rejestracji potencjałów wywołanych stosuje się wielokrotne powtarzanie danego bodźca, a następnie komputerowo uśrednia uzyskane odpowiedzi. [**Wzrokowe potencjały wywołane**](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wzrokowe_potencja%C5%82y_wywo%C5%82ane)Dzieci nie współpracujące stymulujemy błyskiem świetlnym (zakładamy nieprzezierne okulary)- dziecko może spać w trakcie badania – wówczas łatwiej wykonać badanie. W przypadku dużego niepokoju dziecka istnieje ryzyko nadmiernej ilości zakłóceń – badanie może być niemożliwe do interpretacji- wówczas trzeba powtarzać badanie w innym terminie. Starsze dzieci - siedzą i patrzą na przesuwający się obraz szachownicy - **jeśli dziecko nosi okulary – weź je na badanie!** Badanie trwa 30-60 minut.[**Słuchowe potencjały wywołane**](https://pl.wikipedia.org/wiki/S%C5%82uchowe_potencja%C5%82y_wywo%C5%82ane)Dziecko musi leżeć spokojnie w słuchawkach- bodziec słuchowy - trzask pojawia się w słuchawce regularnie. Dziecko może spać w trakcie badania. Zalecane jest badanie laryngologiczne- ocena przewodów słuchowych- ewentualne usunięcie woskowiny przed badaniem. Jeśli dziecko ma infekcję górnych dróg oddechowych, zapalenie ucha- przełóż badanie na inny termin. Badanie trwa około 30 minut i może być nieprzyjemne dla pacjenta z nadwrażliwością słuchową. .[**Somatosensoryczne potencjały wywołane**](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Somatosensoryczne_potencja%C5%82y_wywo%C5%82ane&action=edit&redlink=1)Bodziec czuciowy – to impuls elektryczny, który jest powtarzalny rytmicznie – jest nieprzyjemny, mimo tego dziecko musi leżeć spokojnie – badanie jest wykonywane u dzieci współpracujących. Badanie trwa około 90-120 minut.**Korzyści i ryzyko związane z procedurą**Badania umożliwiają diagnostykę i monitorowanie leczenia chorób demielinizacyjnych,.Służą weryfikacji potrzeby rozszerzenia diagnostyki w przypadku dyzurii czy opóźnienia rozwoju psychoruchowego a także innych chorób neurologicznych. Przecieranie skóry pod elektrody może wywołać zaczerwienienie. Badanie VEP może wywołać napad padaczkowy u nieleczonego pacjenta z fotowrażliwością. |
| **OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH PACJENTA/PACJENTA** |
| **Ja, niżej podpisana(y**) (przedstawiciel ustawowy dziecka), potwierdzam, że po uzyskaniu wyczerpujących informacji oraz podczas rozmowy z lekarzem została mi wyjaśniona istota choroby dziecka.1. Uświadomiono mi na czym ma polegać zaproponowane badanieoraz jakie są oczekiwane korzyści**.** Zostałam/-em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do przeprowadzenia **badania** jak również dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach oraz odległych skutkach zastosowania badania.

Jestem świadoma/y, że w czasie wykonywania badania może dojść do stwierdzenia istnienia szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia pola zabiegowego. Wiem o możliwości przerwania badania na moją prośbę w każdym jego momencie. Uzyskane dane osobowe będą traktowane jako poufne i używane tylko w celach medycznych. 1. Jestem świadoma/y, że istnieje ryzyko wystąpienia powikłań niestandardowych, które nie są typowe dla wykonywango badania i są niemożliwe do przewidzenia.
2. Przed rozpoczęciem badania udzieliłam/-em lekarzowi pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych urazów i zabiegów u dziecka.
3. Potwierdzam, że w pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat: rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod leczniczych, dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, wyników zastosowanego leczenia, rokowania, w związku z czym wyrażam wolę i świadomą zgodę na wykonanie procedury**.**
 |
| EWENTUALNE UWAGI PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH PACJENTA/PACJENTA |
|  |
| **Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (np. matki, ojca, opiekuna prawnego)\*\*** |  | **Podpis, data:** |  |
| **Imię i nazwisko drugiego przedstawiciela ustawowego, jeśli występuje.** |  | **Podpis, data:** |  |
| **Zgoda pacjenta (jeśli ukończył 16 lat):** | **Podpis, data:** |  |
| **Oświadczam, iż poinformowałam/-em pacjenta,/ jego przedstawicieli ustawowych o planowanym sposobie zabiegu oraz pouczyłam/em o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.** **Imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji: (podpis, pieczątka, data)** |  |

***\*\*UWAGA*** *- w przypadku, gdy tylko jeden z uprawnionych przedstawicieli ustawowych podpisuje zgodę, podpisujący zgodę oświadcza, że nieobecny przedstawiciel ustawowy nie wyraża sprzeciwu na przeprowadzenie procedury.*