



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F64

ZGODA NA LECZENIE CIĄŻY EKTOPOWEJ METOTREKSATEM

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

2. Rodzaju podawanego leku

Metotreksat jest lekiem pierwotnie stosowanym w leczeniu niektórych typów nowotworów, ale odgrywa również ważną rolę w leczeniu ciąży pozamacicznych. Działa poprzez hamowanie wzrostu szybko dzielących się komórek, co powoduje ich obumieranie i naturalną eliminację przez organizm.

3. Celu, oczekiwanych korzyściach, rokowaniach podania leku

Celem podania metotreksatu jest zahamowanie rozwoju ciąży pozamacicznej jako alternatywa do leczenia operacyjnego przy spełnionych warunkach leczenia zachowawczego.

4. Sposobie postępowania przed i po podaniu leku

Schemat opiera się na stosowaniu metotreksatu domięśniowo w dawce 50 mg/m² powierzchni ciała. Oznaczenia β -hCG dokonuje się w 4. i 7. dniu; brak spadku o minimum 15% przy stabilnym obrazie klinicznym jest wskazaniem do zastosowania kolejnej dawki.

5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z podaniem leku

Do możliwych działań niepożądanych należą: zaczerwienienie skóry, świąd, pokrzywka, nadwrażliwość na światło, odbarwienia, wysięki, wylewy podskórne, teleangiektazje, trądzik, leukopenia, małopłytkowość, niedokrwistość, pancytopenia, hipogammaglobulinemia, krwawienia, zapalenie dziąseł, zapalenie gardła, zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, bóle brzucha, jadłowstręt, nudności, wymioty, biegunka, owrzodzenia z przewodu pokarmowego, zwiększenie stężenia bilirubiny i aktywności fosfatazy zasadowej, AST, ALT, oliguria, anuria, zaburzenia elektrolitowe,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

azotemia, krwimocz, zapalenie pęcherza moczowego, zaburzenia owulacji, miesiączkowania, śródmięzszowe zapalenie płuc, bóle i zawroty głowy, zaburzenia widzenia, gorączka immunosupresja.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia:

Ciąża pozamaciczna może stwarzać bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia kobiety. **Może dojść do pęknięcia jajowodu, czego efektem będzie wstrząs hipowolemiczny.**

7. Alternatywnych metodach leczenia:

Do alternatywnych metod leczenia należy leczenie operacyjne najczęściej drogą laparoskopową.

8. Przeciwwskazaniach do podania leku.

Ciężka niewydolność wątroby. Nadużywanie alkoholu. Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 20 ml/min. Istniejące wcześniej choroby układu krwiotwórczego, takie jak hipoplazja szpiku kostnego, leukopenia, małopłytkowość lub istotna niedokrwistość. Ciężkie ostre lub przewlekłe zakażenia, takie jak gruźlica i zakażenie wirusem HIV. Owrzodzenia jamy ustnej i rozpoznana czynna choroba wrzodowa. Karmienie piersią. Jednoczesne szczepienie żywymi szczepionkami.

9. Uwagi:

OŚWIADCZENIE PACJENTKI

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam istotnych informacji odnośnie:

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

Zgoda na leczenie ciąży ektopowej metotreksatem

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODE na podanie leku

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODE* na podanie leku

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

* zaznacz właściwe

** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>