



**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\_F54

**ZGODA NA PREINDUKCJĘ PORODU CEWNIKIEM FOLEYA**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

**1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.**

**2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu/badania**

**Preindukcja porodu cewnikiem Foleya** jest mechaniczną metodą przyspieszenia dojrzewania szyjki macicy do porodu. Polega ona na zastosowaniu balonika, który wywiera nacisk na ścianę dolnego odcinka macicy, zwiększając w ten sposób miejscowe uwalnianie prostaglandyn. Jako cewnik jednokanałowy wykorzystywany jest cewnik Foleya numer 21, który wprowadza się w warunkach aseptycznych do kanału szyjki macicy, powyżej ujścia wewnętrznego. Następnie balonik zostaje wypełniony 40-60ml roztworu soli fizjologicznej. Cewnik pozostawia się w takiej pozycji do czasu samoistnego wypadnięcia lub na 16 godzin lekko napięty i przyklejony do uda.

**3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu/badania, rokowaniach.**

Aby zwiększyć prawdopodobieństwo zakończonego powodzeniem porodu drogą pochwową, w przypadku niewystarczającej dojrzałości szyjki macicy do porodu wskazane jest wstępne przygotowanie szyjki macicy. Wpływa to korzystnie na skrócenie okresu rozwierania szyjki macicy (I okresu porodu). Niekiedy preindukcja cewnikiem Foleya wywala spontaniczną czynność skurczową macicy.

**4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/badania**

Przed założeniem cewnika Foleya wymagane jest badanie położnicze przezpochwowe. Pacjentka znajduje się na sali porodowej lub w OPC. Wymagane jest położenie pacjentki w pozycji ginekologicznej i założenie wziernika ginekologicznego. Po założeniu cewnika Foleya pacjentka pozostaje na sali porodowej lub OPC celem obserwacji i wykonania zapisu KTG.

**5. Możliwych, najprawdopodobniejszych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.**

Najprawdopodobniejszym oczekiwanym następstwem założenia cewnika Foleya jest uzyskanie rozwarcia i przygotowania szyjki macicy do porodu. Możliwymi bardzo rzadko występującymi powikłaniami mogą być:

Zgoda na preindukcję porodu cewnikiem foleya

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

podrażnienia w obrębie pochwy, przebicie błon płodowych. **Bardzo rzadko:** zakażenie wewnątrzmaciczne, krwawienie, przedwczesne oddzielenie łożyska.

## 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia

W przypadku zaniechania preindukcji porodu istnieje zwiększone ryzyko nieskutecznej indukcji porodu oksytocyną, przedłużającego się i bardziej bolesnego porodu, przenoszenia ciąży, wewnątrzmacicznego niedotlenienia płodu, wewnątrzmacicznego obumarcia płodu.

## 7. Alternatywnych metodach leczenia.

Mechaniczne metody preindukcji porodu mogą być w niektórych przypadkach zastąpione metodami farmakologicznymi np. zastosowaniem prostaglandyn doszyjkowo.

## 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu

Odptywanie płynu owodniowego. Objawy zakażenia wewnątrzmacicznego. Zamknięte ujście zewnętrzne szyjki macicy nie pozwalające na wprowadzenie cewnika. Łożysko przodujące lub nisko schodzące. Położenie płodu inne niż podłużne główkowe.

## 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/łam 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,

oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

<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 ZGODĘ na badanie/zabieg\***

<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 ZGODĘ\* na badanie/zabieg\***

<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)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

--

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