



**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_F55

ZGODA NA PREINDUKCJĘ PORODU PROSTOGLANDYNAMI

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

2. Rodzaju podawanego leku

Preindukcja porodu postaglandynami jest farmakologiczną metodą przyspieszenia dojrzewania szyjki macicy do porodu. Polega ona na jałowym wstrzyknięciu do kanału szyjki macicy 3g żelu zawierającego 0,5mg dinoprostonu. Zapoczątkowuje, zwiększa siłę i rytmiczność skurczów macicy, ułatwia rozluźnienie, wygładzenie i rozszerzenie ujścia szyjki macicy.

3. Celu i oczekiwanych korzyściach podania leku, 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). Często preindukcja Prepidilem wywołuje czynność skurczową i poród.

4. Sposobie postępowania przed i po podaniu leku

Przed założeniem Prepidilu wymagane jest badanie pęcherzykowe przezpochwowe. Pacjentka znajduje się na sali porodowej podłączona do zapisu KTG. Wymagane jest położenie pacjentki w pozycji ginekologicznej i założenie wziernika ginekologicznego. Po założeniu Prepidilu pacjentka pozostaje na sali porodowej celem obserwacji przez okres dwóch godzin.

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

Do możliwych działań niepożądanych należą: nudności, wymioty biegunka, reakcja nadwrażliwości, nieprawidłowe, bolesne skurcze macicy, nadciśnienie tętnicze, podrażnienie w obrębie pochwy, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego. Do skrajnie rzadkich powikłań należą: przedwczesne oddzielenie łożyska, pęknięcie macicy, zakażenie

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

wewnątrzmaciczne. Do płodowych powikłań należą: zaburzenia częstotliwości rytmu serca płodu, ostre wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu.

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.

Farmakologiczne metody preindukcji porodu mogą być zastąpione metodami mechanicznymi np. zastosowaniem cewnika Foleya, jeśli nie występują przeciwwskazania do jego założenia.

8. Przeciwwskazaniach do podania leku

Odptywanie płynu owodniowego. Objawy zakażenia wewnątrzmacicznego. Łożysko przodujące lub nisko schodzące. Nadwrażliwość na składnik preparatu. Stan po cięciu cesarskim i zabiegach operacyjnych macicy. Położenie płodu inne niż podłużne główkowe. Niewspółmierność główkowo – miednicowa. Czynna choroba serca płuc, nerek lub wątroby.

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,

oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody.

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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 podanie leku*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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 podanie leku*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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:

<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>