



**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_F53

ZGODA NA WLEW KROPOLOWY Z OXYTOCYNĄ

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałam wyczerpująco poinformowany (a) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

2. Rodzaju i sposobie podawania leku

Oksytocyna jest hormonem tylnego płata przysadki mózgowej. Powoduje skurcze mięśni przez zwiększenie wewnątrzkomórkowego stężenia jonów wapniowych. Działa na specyficzne receptory na komórkach mięśniowych macicy, których liczba zwiększa się w ciąży osiągając maksimum przed terminem porodu. Oksytocynę podaje się we wlewie dożylnym rozcieńczoną w soli fizjologicznej.

3. Celu i oczekiwanych korzyściach podania leku, rokowaniach.

Oksytocynę podaje się w celu indukcji porodu, stymulacji porodu, teście oksytocynowym. Ponadto oksytocynę stosuje się po urodzeniu płodu celem wydalenia popłodu, ułatwienia kurczenia się macicy po porodzie, kontroli krwawienia poporodowego. Oksytocyna po porodzie zapobiega także niedowładowi macicy.

4. Sposobie postępowania przed i po podaniu leku

W trakcie indukcji i stymulacji porodu oksytocyna podawana jest we wlewie kroplowym. Przed podaniem pacjentka jest badana pętlą. W trakcie wlewu z oksytocyną pacjentka pozostaje podłączona do zapisu KTG. Prędkość wlewu dostosowuje się do aktualnej czynności skurczowej macicy tak, aby uzyskać normotoniczną czynność skurczową macicy.

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

Do możliwych działań niepożądanych u matki należą: skurcz tętnowy macicy, pęknięcie macicy, reakcja nadwrażliwości, zaburzenia rytmu serca, wahania ciśnienia tętniczego krwi, nudności, wymioty, zatrucie wodne.

Zgoda na wlew kroplowy z oksytocyną

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Powikłania u płodu: zaburzenia czynności serca u płodu, ostre wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu, krwawienia do siatkówki, niższe wartości punktacji w skali Apgar.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia, do których zaliczamy:

W przypadku zaniechaniu podania oksytocyny w zależności od sytuacji klinicznej może wystąpić: przenoszenie ciąży, wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu, wzmożony krwotok poporodowy, niedowład macicy, niedostateczna czynność skurczowa macicy, przedłużający się poród.

7. Alternatywnych metodach leczenia

Po urodzeniu płodu alternatywą w zapobieganiu krwawienia i niedowładowi macicy jest zastosowanie prostaglandyn – Cytotec.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu

Nadwrażliwość na oksytocynę, poprzeczne lub skośne położenie płodu, łożysko przodujące lub nisko schodzące, zagrażające pęknięcie macicy, zaburzenia sercowo naczyniowe u pacjentki, wypadnięcie pępowiny.

9. Uwagi:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/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 miałem/am 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 przyjąłem/am 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 poinformowany/a o możliwości cofnięcia zgody.

Zgoda na wlew kroplowy z oksytocyną

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 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 ZGODĘ* 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)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

--

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

Zgoda na wlew kroplowy z oxytocyną