



**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\_F20**

**ZGODA NA PREINDUKCJĘ PORODU PROSTOGLANDYNAMI – Augusta**

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 doustnym podaniu tabletki zawierającej 25 mikrogramów mizoprostolu. 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 Augustą wywołuje czynność skurczową i poród.

**4. Sposobie postępowania przed i po podaniu leku.**

Przed podaniem Augusty wymagane jest badanie położnicze przezpochwowe. Podczas preindukcji pacjentka pozostaje na Bloku Porodowym, gdzie zostanie również wykonany zapis kardiograficzny.

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

Do możliwych działań niepożądanych należą: nudności, wymioty, biegunka, nadmierna stymulacja macicy, bolesna skurcze macicy, zawroty głowy, reakcja nadwrażliwości. Do skrajnie rzadkich powikłań należą: przedwczesne oddzielenie łożyska, pęknięcie macicy, zakażenie wewnątrzmaciczne. Do płodowych powikłań należą: zaburzenia częstotliwości rytmu serca płodu, ostre wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

## 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 zastosowania leku.

Nadwrażliwości na substancję czynną. Rozpoczęcie akcji porodowej. Podejrzenia lub oznaki zagrożenia dla płodu przed indukcją. Stwierdzenia lub podejrzenia obecności blizny na macicy po uprzednich zabiegach chirurgicznych na macicy lub szyjce macicy, np. cesarskim cięciu. Występowania nieprawidłowości w budowie macicy (np. macica dwurożna), uniemożliwiających poród drogami natury, łożyska przodującego lub niewyjaśnionych krwawień z pochwy po 24 tygodniu ciąży. Nieprawidłowe położenie płodu, stanowiące przeciwwskazanie do porodu drogami natury. Niewydolność nerek (GFR <15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).

## 9. Uwagi:

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem podawania leku 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 leku i uzyskałam wyczerpującą odpowiedź,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany leczenia, które okażą się niezbędne 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,

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

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 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>