



**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\_F19

**ZGODA NA PORÓD DROGĄ POCHWOWĄ PO CIĘCIU CESARSKIM**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

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

Do porodu drogą pochwową po uprzednio wykonanym cięciu cesarskim mogą zostać zakwalifikowane jedynie te ciężarne, u których w obecnej ciąży nie stwierdza się położniczych i pozapołożniczych wskazań do cięcia cesarskiego.

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

Poród po wcześniej przeżytym cięciu cesarskim (VBAC) to zjawisko, które coraz częściej obserwujemy w szpitalach położniczych. Dzięki tej zmianie wiele kobiet po cięciu cesarskim wciąż ma szansę na to, aby urodzić dziecko w sposób naturalny.

Jednym z najważniejszych czynników sprzyjających udanemu porodowi drogą pochwową jest pozytywne nastawienie kobiety. Opiekę nad rodzącą podczas VBAC sprawuje położna wraz z lekarzem położnikiem. Położna opiekuje się kobietą bezpośrednio (jest z nią w sali, bada, przyjmuje poród), lekarz nadzoruje przebieg porodu w porozumieniu z położną i włącza się do bezpośredniej opieki wtedy, gdy występują nieprawidłowości w przebiegu porodu (np. zaburzenia akcji serca płodu, ból w okolicy blizny, nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych). Podczas końcowej fazy 2. okresu porodu (moment rodzenia się dziecka) obecni są i położna i lekarz. Kobiety mogą poruszać się, przybierać wygodne dla nich pozycje, korzystać ze wszystkich dostępnych naturalnych metod łagodzenia bólu porodowego (ruch, immersja wodna). Możliwość doboru pozycji dotyczy zarówno pierwszego okresu porodu jak i fazy parcia. Jeśli naturalne metody łagodzenia bólu okazują się niewystarczające, rodzące mogą skorzystać z innego rodzaju znieczulenia, np. farmakologicznego.

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

70-80% kobiet po cesarskim cięciu, które podejmują próbę porodu naturalnego urodzi drogami natury.

Wyniki badań pokazują iż szanse na udany poród po cięciu cesarskim bez wcześniejszego porodu pochwowego sięgają 75%, a gdy w wywiadzie jest poród pochwoy nawet – 90 %.

Jakie są korzyści z porodu drogą pochwową po cięciu cesarskim?

- spadek częstości zachorowalności pooperacyjnej( zgodnie ze zgodą do cięcia cesarskiego),
- spadek powikłań położniczych (ciąża pozamaciczna, nieprawidłowe położenie i implantacja łożyska),
- spadek powikłań anestezyjologicznych( zgodnie ze zgodą anestezyjologiczną),
- spadek zakażeń ran,
- szybszy powrót do zdrowia,
- korzystniejsze aspekty psychologiczne ( relacja matka - dziecko, umocnienie więzi rodzicielskich, możliwość przeżycia podniosłego stanu psychicznego),
- wzrost częstości naturalnego karmienia,
- rzadsza wtórna nieplodność,
- krótszy okres pobytu w szpitalu.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

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

Przed porodem wykonuje się USG i ocenia grubość blizny po cięciu cesarskim. Poród po cięciu cesarskim może rozpocząć się naturalnie (i to jest zawsze najkorzystniejsza z opcji), ale jeśli jest konieczność indukcji porodu, wciąż nie przekreśla to szansy na udany poród naturalny. Można stosować preindukcję porodu cewnikiem foleya, indukcję Oxytocyną do wywołania czynności skurczowej macicy oraz Oxytocynę w trakcie porodu, jeśli jest konieczność stymulacji czyli wzmocnienia czynności skurczowej. Po porodzie następuje dwugodzinny okres obserwacji w warunkach sali porodowej.

#### **5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem**

Ryzyko śródporodowego pęknięcia macicy (rozejścia w bliźnie) w przypadku próby porodu drogami natury wynosi około 0,47%. W analizie 47 202 kobiet ciężarnych po uprzednim cięciu cesarskim powikłanie to zaobserwowano jedynie w 154 przypadkach, co stanowi 0,003%. Natomiast ryzyko zgonu położnicy w przypadku ponownego cięcia cesarskiego wynosi 0,013% i jest większe w porównaniu do próby porodu drogami natury – 0,004%.

Możliwe objawy rozchodzenia się blizny:

- nieprawidłowy zapis KTG,
- krwawienie z dróg rodnych nieznanego pochodzenia,
- ostry ból utrzymujący się pomiędzy skurczami, mogący promieniować w stronę stawu biodrowego,
- ból w obrębie dolnego odcinka brzucha wzmagający się wraz z czynnością skurczową,
- słabnąca akcja skurczowa lub jej zatrzymanie przy efektywnej czynności skurczowej,
- atonia macicy,
- nagła zmiana położenia płodu / zmiana zaawansowania części przodującej w kanale rodny,
- zmiana kształtu brzucha i niemożność wystuchania tętna płodu w miejscu gdzie było poprzednio wystuchiwane.

#### **6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.**

Brak zgody na próbę porodu drogami natury nie jest równoznaczne z wykonaniem cięcia cesarskiego, gdyż *zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP) sam fakt przebycia przez kobiety cięcia cesarskiego nie jest wskazaniem do kolejnego*. Brak zgody skutkuje zaniechaniem prób preindukcji i indukcji porodu. Ciężarna pozostaje w oczekiwaniu na samoistne rozpoczęcie czynności skurczowej pod ścisłym nadzorem nad dobrostanem płodu.

#### **7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.**

Brak.

#### **8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.**

Brak.

#### **9. Informacje dotyczące funkcjonowania placówki wykonującej świadczenie medyczne**

Zabieg będzie przeprowadzany przez zespół operacyjny, w skład którego mogą wchodzić rezydenci oraz stażyści. Rezydenci oraz stażyści mogą wykonywać całość lub część zabiegu pod nadzorem lekarza odpowiedzialnego za przeprowadzenie operacji lub obserwować przebieg zabiegu. W trakcie zabiegu mogą być obecni na sali operacyjnej studenci kierunku lekarskiego.

Zabieg operacyjny jest nagrywany. Nagranie stanowi część dokumentacji medycznej. Nagranie może zostać wykorzystane do celów naukowych i dydaktycznych (bez ujawnienia tożsamości pacjenta) za zgodą pacjenta oraz Kierownika Podmiotu Leczniczego.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

**10. Uwagi** dotyczące leczonego pacjenta / planowane odstępstwa:

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) 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(em) 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/ąłem 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,

wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych)

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanej operacji**

<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 przeprowadzenie proponowanej operacji**

<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>