



**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_F129

ZGODA NA MECHANICZNE PRZERWANIE CIĄGŁOŚCI BŁON PŁODOWYCH (AMNIOTOMIA)

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

1. Ogólnym stanie zdrowia i rozpoznaniu.

2. Rodzaju przeprowadzenia zabiegu/badania.

Amniotomia stanowi prosty i skuteczny sposób indukcji porodu i/lub stymulacji czynności skurczowej u pacjentek, u których istnieje dostęp do błon płodowych, a szyjka macicy osiągnęła odpowiedni stopień dojrzałości. Amniotomia polega na przebicciu pęcherza płodowego za pomocą narzędzia chirurgicznego.

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

Przeprowadzenie amniotomii prowadzi do stymulacji czynności skurczowej macicy poprzez uwalnianie prostaglandyn oraz oksytocyny, powodując w efekcie przyspieszenie i skrócenie porodu. W przypadku rozwarcia ujścia zewnętrznego na 3–4 cm po samoistnym rozpoczęciu porodu zabieg amniotomii może skrócić czas czynnej fazy rozwierania szyjki macicy o ponad jedną trzecią. Dodatkowo amniotomia pozwala na ocenę koloru płynu owodniowego: przejrzysty, zielony, krwisty co może pośrednio świadczyć o dobrostanie płodu.

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

Postępowanie przed amniotomią obejmuje upewnienie się lekarza o braku bezwzględnych przeciwwskazań amniotomii (np. łożysko przodujące, ułożenie pośladkowe). Po amniotomii należy monitorować czynność serca płodu, stan matki i przebieg akcji porodowej.

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

Powikłania amniotomii obejmują między innymi wypadnięcie pępowiny, ucisk pępowiny, krwawienia (np. odklejenie łożyska, pęknięcie naczyń przodujących, które wcześniej nie zostały zdiagnozowane). Poza tym każde naruszenie ciągłości błon płodowych stwarza ryzyko infekcji dla matki i dziecka.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

W przypadku odstąpienia od amniotomii i w konsekwencji tego braku stymulacji czynności skurczowej obserwuje się wydłużony czas indukcji porodu.

7. Alternatywnych metodach leczenia:

Postawa wyciekająca na spontaniczną czynność skurczową macicy lub indukcja porodu oksytocyną / prostaglandynami.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

Bezwzględny przeciwwskazaniem amniotomii są: przodowanie części drobnych płodu (w tym pępowiny), obecność naczyń błędzących, zakażenie pochwy, położenie miednicowe płodu, istnienie bezwzględnych wskazań do cięcia cesarskiego. Przeciwwskazania względne: wielowodzie, brak ścisłego kontaktu główki płodu z miednicą matki, poród przedwczesny, niedojrzałość szyjki macicy.

9. Uwagi:

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/tam 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 proponowanej procedury i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

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 przyjąłem 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 powinienem poinformować lekarza,

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

oświadczam, że zostałam poinformowana 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. gt.:

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODE na przeprowadzenie proponowanej procedury

<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 procedury

<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>