

Informovaný souhlas s umělým přerušением těhotenství – interrupcí do 12. týdne

Identifikační údaje pacientky	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Zdravotní pojišťovna	
Oddělení	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Vztah k pacientovi	

I. Vyplní lékař

Prohlašuji, že jsem pacienta/ku způsobilého k podpisu souhlasu řádně a srozumitelně seznámil/a se způsobem provedení plánovaného výkonu, který přichází v souvislosti s léčebným, případně diagnostickým, postupem v úvahu. Rovněž jsem pacienta/ku seznámil/a s možnými častějšími komplikacemi a riziky, včetně těch nejzávažnějších.

Datum a čas: _____

Razítko a podpis lékaře: _____

II. Vyplní pacientka (zákonný zástupce, opatrovník)

1. Prohlašuji, že jsem byla řádně a srozumitelně lékařem informována (poučena) o důvodu, účelu, předpokládaném úspěchu, způsobu provedení, následcích i možných komplikacích plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní následky, pokud plánovaný výkon nepodstoupím (odmítnu).
Měla jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, na veškeré mé dotazy jsem obdržela vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a.
2. Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů k záchraně života, budou tyto výkony provedeny.
3. By/a jsem seznámena s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup a/anebo kdykoliv odvolat svůj souhlas s výkonem.

Přečetla jsem si formulář Poučení pacientky před tímto výkonem.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím. **Informovaný souhlas s výkonem** vlastnoručně podepisuji svobodně a bez jakéhokoliv nátlaku.

Datum _____

Podpis pacientky,
(zákonného zástupce, opatrovníka)

Podpis svědka/ů

Poznámka:

- aktuální stav pacienta neumožnil jeho vyjádření k navrženému postupu/výkonu
- pacient (zákonný zástupce, opatrovník) odmítl podepsat

Z důvodu: _____

Způsob projevu souhlasu: _____

Způsob projevu nesouhlasu: _____

Datum: _____

Podpis svědka/ů: _____

Razítko a podpis lékaře: _____

Poučení pacientky před výkonem

Vážená paní,

jelikož se významným způsobem podílíte na diagnostickém a léčebném postupu, který byl navržený pro Vaši osobu či pro Vaše dítě, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a. Následující informace Vás seznámí s problematikou povahy výkonu a pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu.

Důvod (indikace) tohoto výkonu: Umělé ukončení těhotenství ("lékařský potrat") na žádost pacientky nebo ze zdravotní indikace matky či plodu, ze své vlastní vůle.

Definice (pojem): Odstranění plodového vejce z dělohy a poté vyčištění dělohy.

Účel výkonu: Odstranění těhotenské tkáně z děložní dutiny a tím ukončení těhotenství.

Postup při provádění výkonu (povaha výkonu): Umělé ukončení těhotenství je výkon prováděn v krátké celkové anestezii, při které je dutina dělohy vyprázdněna plastovou podtlakovou kanylou a poté vyčištěna kovovým nástrojem zvaným kyreta.

Alternativy výkonu: Ukončení těhotenství lze provést také použitím farmakologické metody (bez použití anestezie a bez chirurgického zásahu) -podáním přípravků Mifegyne (mifepristone) a Misopregolu (misoprostol), které lze použít jen do 49. dne od začátku posledního menstruačního krvácení.

Možné komplikace a rizika: Nejčastější komplikací umělého ukončení těhotenství je poranění dělohy kanylou či kyretou. Pokud k tomu dojde je zpravidla nutné pouze intenzivní sledování pacientky do druhého dne. Někdy však může dojít ke krvácení do dutiny břišní a je nutno provést laparoskopickou operaci a poranění dělohy ošetřit touto cestou. V krajním případě (pokud je poranění dělohy vážné a doprovázené silným krvácením) je nutno provést klasickou břišní operaci a dělohu odstranit.

Vzácně může dojít ke komplikacím v pooperačním průběhu. Jedná se zejména o zánět dělohy, který se projevuje bolestí v podbřišku a horečkou, nebo krvácení. Pokud se tyto příznaky v pooperačním období objeví, je nutno neprodleně se dostavit ke kontrole do naší ambulance, kde je nepřetržitá pohotovost.

Nemocnice Nymburk s.r.o.

Boleslavská 425

288 01 Nymburk

IČO: 28762886

tel.: 325 505 111

Velmi vzácnou komplikací umělého přerušení těhotenství je jeho neúspěšné provedení – to znamená, že i po výkonu těhotenství pokračuje. Je proto nutné po propuštění do týdne navštívit svého gynekologa a absolvovat u něj vyšetření.

Režim pacienta před výkonem: Před operací je nutné alespoň 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit. Porušení této zásady by mohlo mít za následek vážné komplikace při anestezii, jež by mohly ohrozit pacientku nejen na zdraví, ale v krajním případě i na životě.

Režim pacienta po provedení výkonu (důsledky zákroku): Po výkonu je žena převezena zpět na oddělení, kde se ve třicetiminutových intervalech kontroluje puls, krevní tlak a případné pooperační krvácení. Pokud bude operace i pooperační průběh bez komplikací, propouští se pacientka do domácího ošetřování nejdříve 4 hodiny po výkonu. Doma je nutno dodržet klidový režim, neprochladnout, vyvarovat se větší fyzické zátěže. Do příští menstruace se nedoporučuje pohlavní styk.

Datum _____

**Podpis pacientky,
(zákonného zástupce, opatrovníka)**