PR3_F60_w1

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

NA PRZEPROWADZENIE PREINDUKCJI PORODU PRZY UŻYCIU CEWNIKA FOLEYA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI ….....…….....……..…….....

NUMER HISTORII CHOROBY ……PESEL…….....…..…….....

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu:

……
……

2. Rodzaju, sposobie przeprowadzenia zabiegu:

Preindukcja porodu cewnikiem Foleya jest mechaniczną metod przyspieszenia dojrzewania szyjki macicy do porodu. Polega ona na zastosowaniu balonika, który wywiera nacisk na ściany dolnego odcinka macicy, zwiększając w ten sposób miejscowe uwalnianie prostaglandyn. Jako cewnik jednokanalowy wykorzystywany jest cewnik Foleya numer 21, który wprowadza się w warunkach aseptycznych do kanału szyjki macicy, powyżej ujścia wewnętrznego. Następnie balonik zostaje wypełniony 40-60ml roztworu soli fizjologicznej. Cewnik pozostawia się w takiej pozycji do czasu samoistnego wypadnięcia lub na 24 godzin lekko napięty przyklejony do uda.

3. Celu , oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu, rokowaniach:

Aby zwiększyć prawdopodobieństwo zakończonego powodzeniem porodu droga pochwowa,w przypadku niewystarczającej dojrzałości szyjki macicy do porodu wskazane jest wstępne przygotowanie szyjki macicy. Wpływa to korzystnie na skrócenie okresu rozwierania szyjki macicy okresu porodu). Niekiedy preindukcja cewnikiem Foleya wyzwala spontaniczną czynność skurczową macicy.

4. Sposobie postępowania przed po wykonaniu zabiegu:

Przed założeniem cewnika Foleya wymagane jest badanie położnicze przezpochwowe. Wymagane jest położenie pacjentki w pozycji ginekologicznej, założenie wziernika ginekologicznego. Po założeniu cewnika Foleya na Sali na Oddziale Patologii Ciąży wykonuje się zapis KTG celem oceny dobrostanu płodu i czynności skurczowej mięśnia macicy.

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

Najprawdopodobniejszym oczekiwanym następstwem założenia cewnika Foleya jest uzyskanie rozwarcia i przygotowania szyjki macicy do porodu. Możliwymi bardzo rzadko występującymi powikłaniami mogą być: podrażnienia w obrębie pochwy np. plamienie z dróg rodnych, przebicie błon płodowych. Bardzo rzadko: zakażenie wewnątrzmaciczne, krwawienie, przedwczesne oddzielenie łożyska.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia:

W przypadku zaniechania preindukcji porodu istnieje zwiększone ryzyko nieskutecznej indukcji porodu oksytocyna, przedłużającego się bardziej bolesnego porodu, przenoszenia ciąży, wewnątrzmacicznego niedotlenienia płodu, wewnątrzmacicznego obumarcia płodu.

7. Alternatywnych metodach leczenia:

Mechaniczne metody preindukcji porodu mogą być w niektórych przypadkach zastąpione metodami farmakologicznymi np. zastosowaniem prostaglandyn doszyjkowo lub dopochwowo lub innymi mechanicznymi metodami np. oddzielenie dolnego bieguna jaja płodowego.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu:

Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego; krwawienie z dróg rodnych; niskie usadowienie łożyska

9. Oświadczenie pacjentki

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób. W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią Dr…….....….....spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

-rozpoznania , -proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, -dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, -wyników leczenia operacyjnego, -rokowania, -ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu

…….....…….....

(rodzaj zabiegu)

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne
w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia,
ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

…….....…….....……

data *podpis lekarza* *podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna*

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg. Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

…….....…….....…….

data *podpis lekarza* *podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna*

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....
.....…….....
…….....…….....