

**INFORMACJA DLA PACJENTKI  
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA  
PODANIE OKSYTOCYNY CELEM INDUKCJI/STYMULACJI PORODU  
LUB WYKONANIE TESTU OKSYTOCYNOWEGO**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI .....

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

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

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

.....  
.....  
.....

**2. Rodzaju, sposobie przeprowadzenia zabiegu:**

Oksytocyna jest hormonem tylnego płata przysadki mózgowej. Powoduje skurcze mięśni gładkich przez zwiększenie wewnątrzkomórkowego stężenia jonów wapniowych. Działa na specyficzne receptory na komórkach mięśniowych macicy, których liczba zwiększa się w ciąży osiągając maksimum przed terminem porodu. Oksytocyną podaje się w wlewie dożylnym.

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

Oksytocynę podaje się w celu indukcji porodu, stymulacji porodu, teście oksytocynowym. Ponadto oksytocynę stosuje się po urodzeniu płodu celem wydalenia popłodu, ułatwienia kurczenia się macicy po porodzie i kontroli krwawienia poporodowego. Oksytocyna po porodzie zapobiega także niedowładowi macicy.

**4. Sposobie postępowania przed/ po wykonaniu zabiegu:**

W trakcie indukcji stymulacji porodu oksytocyna podawana jest we wlewie dożylnym. Przed porodem pacjentka jest badana położniczo. W trakcie wlewu z oksytocyną pacjentka pozostaje podłączona do zapisu KTG. Prędkość wlewu dostosowuje się do aktualnej czynności skurczowej macicy tak, aby uzyskać normotoniczną czynność skurczową macicy. W przypadku testu oksytocynowego podaje się 1 j.m. Oksytocyny we wlewie kroplowym aby uzyskać czynność skurczową macicy pod kontrolą zapisu KTG. Ma to na celu diagnostykę niewydolności maczyno-łożyskowo- płodowej i determinuje dalsze postępowanie terapeutyczne.

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

Do możliwych działań niepożądanych u matki należą skurcz tężcowy macicy, pęknięcie macicy, reakcja nadwrażliwości, zaburzenia rytmu serca, wahania ciśnienia tętniczego krwi, nudności, wymioty, zatrucie wodne. Powikłania u płodu: zaburzenia czynności serca u płodu, ostre wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu, krwawienia do siatkówki, niższe wartości punktowe w skali Apgar.

**6. Konsekwencjach zaniechania leczenia:**

W przypadku zaniechania podania oksytocyny w zależności od sytuacji klinicznej może wystąpić przenoszenie ciąży, wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu, wzmożony krwotok poporodowy, niedowład macicy, niedostateczna czynność skurczowa macicy, przedłużający się poród.

### 7. Alternatywnych metodach leczenia:

Po urodzeniu płodu alternatywą w zapobieganiu krwawienia i niedowładu macicy jest zastosowanie: prostaglandyn-mizoprostol; karbecotyliny; metherginy.

### 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu:

Nadwrażliwość na oksytocynę, poprzeczne lub skośne położenie płodu, łożysko przodujące lub nisko schodzące, zagrażające pęknięcie macicy, zaburzenia sercowo naczyniowe u pacjentki, wypadnięcie pępowiny.

### 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:

PODANIE OKSYTOCYNY CELEM INDUKCJI/STYMULACJI PORODU LUB WYKONANIA TESTU OKSYTOCYNOWEGO

.....  
data                      podpis lekarza                      podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowane postępowanie. 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

.....  
.....  
.....