



Klinika Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej

**Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na
PRZEPROWADZENIE PREINDUKCJI PORODU PRZY UŻYCIU CEWNIKA FOLEYA**

Imię i nazwisko:

PESEL/ Data urodzenia:

Nr ks. gł.:

Zostałam poinformowana o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu:

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

2. Rodzaju, sposobie przeprowadzenia zabiegu:

Preindukcja porodu cewnikiem Foleya jest mechaniczną metodą 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 i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu/ badania, rokowaniach:

Aby zwiększyć prawdopodobieństwo zakończonego powodzeniem porodu drogą pochwową, 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 wyzwała spontaniczną czynność skurczową macicy.

4. Sposobie postępowania przed i 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 Cięży 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. Przeciwwskazania 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/badania:

ZGODA NA BADANIE KRWI WŁÓŚNICZKOWEJ ZE SKALPU PŁODU

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
opiekuna

podpis lekarza

podpis pacjentki albo uprawnionego

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....