



Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej

**Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na
TERMINACJĘ CIAŻY**

Imię i nazwisko:

PESEL/ Data urodzenia:

Nr ks. gł.:

Zostałam wyczerpująco poinformowana o następujących kwestiach:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu:

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

2. Rodzaju, sposobie przeprowadzenia zabiegu:

Terminacja ciąży oznacza przerwanie ciąży wewnątrzmacicznej i jest standardowym zabiegiem medycznym, nie wymagającym specjalistycznego sprzętu. W przypadku wdrażania procedury przerwania ciąży w celu ochrony zdrowia i życia ciężarnej, sposób przeprowadzenia procedury zależy w głównej mierze od pilności wskazań, przeszłości położniczej pacjentki oraz wieku ciąży.

Przerwanie ciąży, stosownie do sytuacji klinicznej, następuje:

- 1) W I trymestrze ciąży, w sytuacji szybko pogarszającej się stanu zdrowia ciężarnej w postępowaniu pierwszego rzutu poprzez zabieg wyłyżeczkowania lub odessania jamy macicy,
- 2) W I trymestrze ciąży, w przypadkach mniej pilnych oraz ciążach II trymestru, poprzez farmakologiczną indukcję poronienia/porodu przedwczesnego,
- 3) W II trymestrze ciąży, przy małej efektywności farmakoterapii, poprzez preindukcję poronienia cewnikiem Foley'a, a następnie poprzez podanie oksytocyny dożylnie,
- 4) W II lub III trymestrze ciąży w sytuacji szybko pogarszającego się zdrowia ciężarnej lub w sytuacji, kiedy wywołanie poronienia powyższymi metodami jest nieefektywne lub niemożliwe (np. łożysko przodujące, szew szyjowy brzuszny), konieczne jest przerwanie ciąży na drodze operacyjnej (histerotomia/cięcie cesarskie).

3. Celu przeprowadzeniu zabiegu: przerwanie ciąży wewnątrzmacicznej.

4. Sposobie postępowania przed/po wykonaniu zabiegu, sytuacjach szczególnych (w przypadku ciąży na i po granicy przeżycia płodu- po 22 tygodniu ciąży)

Po wykonaniu badań dodatkowych: badania ginekologicznego, USG macicy ciężarnej i płodu pacjentce proponuje się jeden z wariantów sposobu ukończenia w ciąży w zależności od stanu zdrowia ciężarnej i zaawansowania ciąży, zgodny z aktualnymi rekomendacjami.

Przy czym:

- 1) w przypadku ciąży młodszej niż w przypadku ciąży młodszej niż 33 tygodnie+6 dni przed zakończeniem ciąży zostanie podany pełen cykl sterydoterapii w celu przyspieszenia dojrzewania płuc płodu oraz cykl neuroprotekcji z zastosowaniem wlewu dożylnego siarczanu magnezu - jeśli pozwala na to stan zdrowia pacjentki,
- 2) przypadku konieczności zakończenia ciąży po 22 tygodnie+6 dni o sytuacji klinicznej informowany jest lekarz specjalista neonatolog celem ustalenia planu leczenia noworodka po urodzeniu.

5. Możliwych zagrożeniach powikłaniach związanych z zabiegiem:

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu oraz całkowitego braku ryzyka związanego z leczeniem.

Powikłania związane z tą procedurą mogą między innymi polegać na:

- silnych dolegliwościach bólowych,
- oddzieleniu łożyska,
- pęknięciu macicy,
- krwotoku matczyno-płodowym,
- pilnym cięciu cesarskim,
- krwotoku okołoporodowym,
- infekcji wewnątrzmacicznej,
- wycięciu macicy z powodu atonii macicy bądź wstrząsu septycznego,
- pogorszeniu dobrostanu płodu,
- śmierci płodu/novorodka.

6. Konsekwencja zaniechania leczenia- przerwania ciąży:

W sytuacji, gdy ciąża nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjentki - kontynuacja ciąży.

W przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia zaniechanie przerwania ciąży spowoduje dalszy rozstrój zdrowia z możliwością zgonu ciężarnej włącznie.

7. Alternatywnych metodach leczenia

- kontynuacja ciąży pod opieką,
- przerwanie ciąży w innym ośrodku oferującym inne metody niż stosowane w tutejszej placówce.

8. Przeciwwskazaniach lekowych do wykonania zabiegu:

nadwrażliwość na preparaty mizoprostolu lub oksytocyny stosowane w procedurze przerwania ciąży.

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:

.....
.....

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

Nie zgadzam się na zaproponowane mi 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

.....

.....

.....

