



Klinika Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej

**Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na
WYKONANIE OBROTU ZEWNĘTRZNEGO PŁODU POŁOŻENIA GŁÓWKOWEGO –ECV**

Imię i nazwisko:

PESEL/ Data urodzenia:

Nr ks. gł.:

1. ROZPOZNANIE I WSKAZANIA DO ZABIEGU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie):

CiążaTydzieńPoród.....

Położenie płodu podłużne miednicowe

a) krótki opis proponowanej operacji/procedury i jej cel zdrowotny

Po szczegółowej ocenie medycznej Pani zdrowia proponujemy wykonanie następującej procedury medycznej : Obrót zewnętrzny płodu do położenia główkowego (external cephalic version- ECV).

b) oczekiwane efekty proponowanej operacji/procedury:

Położenie płodu podłużne główkowe

2. PRAWDOPODOBIENSTWO WYSTĄPIENIA GROŹNYCH DLA ŻYCIA LUB ZDROWIA POWIKŁAŃ PRZY TYPIE OPERACJI/PROCEDURY (proszę określić odpowiedni podpunkt)

a) duże b) znaczne c) rzadko występują d)bardzo rzadko występują

3. RODZAJ MOŻLIWYCH POWIKŁAŃ, O KTÓRYCH MOWA W PUNKCIE 2:

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z proponowaną procedurą.

Powikłania związane z tą procedurą mogą między innymi polegać na:

- silne dolegliwości bólowe
- oddzielenie łożyska
- pęknięcie macicy
- krwotok matczyno-płodowy
- pilne cięcie cesarskie
- bradykardia płodu
- niereaktywny zapis kardiogramu
- zmiany w przepływie krwi przez tętnicę pępowinową i tętnicę środkową mózgu
- zwiększenie objętości płynu owodniowego

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

4. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA OBEJMUJĄ:

Zakończenie ciąży drogą cięcia cesarskiego lub w zależności od sytuacji położniczej poród drogami, siłami natury z położenia miednicowego.

5. ROKOWANIE CO DO ZDROWIA I ŻYCIA W PRZYPADKU BRAKU ZGODY NA WYKONANIE PROPONOWANEJ PROCEDURY:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej procedury jest w Pani przypadku duże.

Odsetek skutecznych ECV waha się od 30 do 80%. W przypadku braku zgody na proponowaną procedurę, nastąpi ponowna ocena sytuacji położniczej.

.....

6. 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

-rokowania

-ewentualnego dalszego leczenia

Znane mi są możliwe powikłania związane z tą procedurą.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)

zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującej procedury

WYKONANIE OBROTU ZEWNĘTRZNEGO PŁODU DO POŁOŻENIA GŁÓWKOWEGO-
ECV

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne
w trakcie przeprowadzania zabiegu, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa
utrąty 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

.....

.....