



**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA DZIAŁANIA MEDYCZNE PODWYŻSZONEGO RYZYKA  
WYKONANIE PREINDUKCJI MECHANICZNEJ PORODU PRZEZ ZAŁOŻENIE  
CEWNIKA FOLEY'a ORAZ INDUKCJI PORODU OKSYTOCYNĄ**

Załącznik Nr 10  
obowiązuje od 24.11.2017 Karta Zmian34/2017  
do "Procedury informowania pacjentów o stanie zdrowia i przysługujących im prawach w SPSK Nr w Lublinie z dnia 27.06.2017  
Wydanie VII

Wydanie 1

Imię i nazwisko pacjenta													
PESE												Numer Księgi Głównej	
L													
W przypadku obcokrajowców: rodzaj i numer dokumentu tożsamości		PASZPORT:											

**1. INFORMACJA O OGÓLNYM STANIE ZDROWIA**

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

**2. INFORMACJA O ROZPOZNANIU**

*Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono, że w Pani przypadku kontynuowanie ciąży jest potencjalnie bardziej ryzykowne dla Pani i/lub Pani dziecka niż jej zakończenie. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do przeprowadzenia preindukcji porodu za pomocą cewnika Foley'a i/lub indukcji porodu za pomocą wlewu dożylnego z oksytocyną z powodu*

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

**3. PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE METODY DIAGNOSTYCZNE/LECZNICZE ORAZ DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA**

Proponowane leczenie polega na: *Uwidocznieniu we wziernikach ujścia szyjki macicy i odkażeniu pochwy, zakłada się w sterylnych warunkach jeden lub dwa cewniki Foley'a do kanału szyjki macicy i wypełnienia się 0,9% NaCl. Po zakończonej procedurze wykonuje się Niestresowy Test Kardiotokograficzny (NST KTG). Cewnik pozostaje w szyjce macicy ok 18-24 godzin, a następnie wypada samoczynnie lub jest usuwany. Jeżeli do tego czasu nie wystąpiła samoczynna czynność skurczowa, może być to moment rozpoczęcia indukcji porodu za pomocą wlewu dożylnego z oksytocyną. W przypadku odpływania płynu owodniowego, cewnik zostanie usunięty.*

**Alternatywne metody leczenia polegają na:**

*Podaniu dopochwowym prostaglandyny E2 – dinoproston, prostaglandyn E1 – misoprostol, antagonisty receptora steroidowego (RU-486, mifepriston), donory tlenku azotu, estrogeny, hialuronidaza, relaksyna.*

**Następstwa zastosowania metody proponowanej:**

*Mechanizm działania cewników Foley'a w procesie dojrzewania szyjki macicy polega na bezpośrednim rozciąganiu ujścia wewnętrznego szyjki macicy i dolnego odcinka macicy poprzez napełniony 0,9% NaCl cewnik oraz na wzroście sekrecji prostaglandyn w wyniku mechanicznego oddziaływania dolnego bieguna jaja płodowego.*

**Najpoważniejsze następstwa zastosowania metod alternatywnych:**

*Reakcje anafilaktyczne, zator płynem owodniowym, nieprawidłowe skurcze macicy, śmierć płodu, łożysko zatrzymane, pęknięcie lub perforacja macicy, krwotok z macicy, śmierć pacjentki.*

#### **4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ (DAJĄCYCH SIĘ PRZEWIDZIEĆ)**

*Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z wyżej wymienionym leczeniem. Powikłania związane z planowaną preindukcją porodu cewnikiem i/lub cewnikami Foley'a i podaniem oksytocyny są niezwykle rzadkie i według dostępnych danych z literatury światowej wynoszą 0,5-1%. Do możliwych powikłań należą: nieznaczny wzrost ryzyka ukończenia ciąży cięciem cesarskim, krwawienie z dróg rodnych, przerwanie błon płodowych, potrzeba powtórzenia procedury. Do skutków ubocznych stosowania oksytocyny należą: bradykardia płodu – niedotlenienie płodu, tachysystole (z ryzykiem pęknięcia macicy oraz przedwczesnego oddzielenia łożyska), reakcje anafilaktyczne, krwotok poporodowy, zaburzenia rytmu serca matki, afibrynogenemia.*

#### **5. ROKOWANIE**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji/zabiegu jest w Pani przypadku:

duże

średnie

ograniczone

#### **6. KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA**

*Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest wątpliwe i niepewne. Każdy dzień zwłoki zwiększa ryzyko komplikacji związanych z ciążą, w tym niedotlenienia wewnątrzmacicznego czy zgonu wewnątrzmacicznego.*

#### **7. PYTANIA PACJENTKI WRAZ Z ODPOWIEDZIĄ LEKARZA**

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

#### **8. EWENTUALNA KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO PODCZAS JEGO TRWANIA**

W trakcie zabiegu, jego przebieg, warunki anatomiczne oraz zmiany chorobowe mogą wymusić zmianę postępowania. Przewiduje się możliwość zmiany i/lub rozszerzenia zabiegu o cięcie cesarskie ze wskazań nagłych, odstępnie od zabiegu w przypadku odpływania płynu owodniowego lub krwawienia, powtórzenie procedury w przypadku braku efektu.

#### **9. OŚWIADCZENIE PACJENTKI**

Oświadczam, że nie jestem pod wpływem leków, substancji i innych czynników zaburzających moją świadomość. Będąc w pełni świadoma oświadczam, że lekarz udzielił mi pełnej informacji dotyczących zabiegu preindukcji porodu cewnikiem Foley'a i zastosowania oksytocyny w indukcji porodu.

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały i satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panią/Panem 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 do przewidzenia powikłania związane z zabiegiem preindukcji porodu cewnikiem Foley'a oraz indukcji porodu oksytocyną. Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

## 10. UWAGI LEKARZA

.....

.....

.....

.....

## 11. PODPIS PACJENTA I LEKARZA

Data (godzinowa) oraz czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczętka lekarza	

## 12. SPRZECIW PACJENTA

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

Data (godzinowa) oraz czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczętka lekarza	

### Pouczenie:

1. Wszystkie niewypełnione pola należy przekreślić,
2. W sytuacji, gdy przytomny i świadomy pacjent nie może złożyć własnoręcznego podpisu (np. z uwagi na stan swojego zdrowia lub wiek) istnieje możliwość złożenia oświadczenia woli zastępującego podpis własnoręczny. Warunkiem do otrzymania zgody od pacjenta w takim wypadku jest zdolność pacjenta do samodzielnego czytania, która umożliwi mu zapoznanie się z treścią składanego oświadczenia (wyrażanej zgody). Taka zgoda będzie skuteczna prawnie, gdy pacjent w obecności osoby przez nią upoważnionej złoży odcisk tuszowy swojego palca. Osoba upoważniona wpisuje obok złożonego odcisku imię i nazwisko pacjenta oraz składa własnoręczny, czytelny podpis ze wskazaniem daty i godziny.