



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA STYMULACJĘ CZYNNOŚCI SKURCZOWEJ MACICY PRZY POMOCY OKSYTOCYN

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta (wskazania do indukcji porodu)

Ze względu na _____

II. Opis przebiegu proponowanej procedury, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Stymulacja czynności porodowej przy pomocy oksytocyny polega na wzmocnieniu lub wywołaniu regularnej czynności skurczowej macicy. Preparat oksytocyny jest analogiczny do produkowanego naturalnie hormonu w organizmie. Procedura przeprowadzana jest w warunkach Sali Porodowej. Oksytocyna jest precyzyjnie dawkowana poprzez ciągły wlew dożylny za pomocą pompy infuzyjnej.

Zastosowanie stymulacji czynności porodowej przy pomocy oksytocyny ma na celu wzmocnienie siły skurczowej macicy lub osiągnięcie jej regularności. Do procedury są kwalifikowane pacjentki, u których stwierdzona została nieefektywna czynność skurczowa macicy oraz doszło do zatrzymania postępu porodu.

Stymulacja czynności skurczowej za pomocą oksytocyny może wiązać się ze zwiększonymi dolegliwościami bólowymi w trakcie porodu. Dysponujemy metodami farmakologicznymi (podtlenek azotu, opioidy, znieczulenie zewnątrzoponowe), które możemy zastosować na życzenie pacjentki.

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

III. Zalecenia pozabiegowe

W czasie trwania podaży oksytocyny pozostaje Pani na Sali Porodowej, gdzie prowadzony jest stały zapis KTG na bieżąco oceniany przez personel medyczny. Nie ma konieczności leżenia, powinna pozostać Pani aktywna.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywnym sposobem postępowania jest oczekiwanie na samoistny powrót efektywnej czynności skurczowej, a zatem wydłużenie czasu porodu, co może się wiązać z większym ryzykiem wystąpienia infekcji wewnątrzmacicznej oraz brakiem postępu porodu. Możliwym postępowaniem jest także zakończenie ciąży cięciem cesarskim z uwagi na brak postępu porodu, które zwiększa ryzyko powikłań okołoporodowych u matki (krwotok łożniczy, żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, zakażenie rany).

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną

Podczas stymulacji oksytocyną może dojść do hiperstymulacji mięśnia macicy oraz zaburzeń tętna płodu. Podanie leków tokolitycznych najczęściej odwraca to działanie oksytocyny. Czasem, mimo stymulacji czynności skurczowej, poród może zakończyć się cięciem cesarskim z powodu braku postępu porodu czy zagrażającej zamartwicy płodu.

Powikłania związane z procedurą medyczną:

- ostre niedotlenienie płodu
- krwawienie z dróg rodnych
- przedwczesne oddzielenie się łożyska
- tachykardia matczyna
- krwotok porodowy

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

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentką)

Ryzyko zabiegu oceniane na podstawie skali _____

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

W związku z podwyższonym ryzykiem krwotoku porodowego przy wyczerpaniu innych możliwości leczenia może zająć konieczność wycięcia mięśnia macicy. Operacja wiąże się z brakiem możliwości zajścia w kolejne ciążę.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentką)

Ryzyko odległych powikłań ☐ małe ☐ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentką)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej STYMULACJI CZYNNOCI SKURCZOWEJ MACICY PRZY POMOCY OKSYTOCYN

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej stymulacji czynności skurczowej macicy przy pomocy oksytocyny**.

Oświadczam, że miałam wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałam się z nią i ją zrozumiałam, zrozumiałam także wyjaśnienia lekarza, zostałam wyczerpująco poinformowana o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstwach rezygnacji z proponowanego leczenia, miałam możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty indukcji porodu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po procedurze.

Jeżeli ma Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej stymulacji czynności skurczowej macicy przy pomocy oksytocyny.

Zostałam poinformowana, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej stymulacji czynności skurczowej macicy przy pomocy oksytocyny.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjentkę/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie sytmulacji czynność skurczowej macicy przy pomocy oksytocyny. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej pytania. Poinformowałem pacjentkę o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną procedurę medyczną.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczęć i podpis)

Pacjentka nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej stymulacji czynności skurczowej macicy przy pomocy oksytocyny** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczęć i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie zaproponowanej stymulacji czynności skurczowej macicy przy pomocy oksytocyny.**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczęć lekarza