



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 PRZEPROWADZENIE ZABIEGU OBROTU ZEWNĘTRZNEGO

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Położenie miednicowe jest stanem, w którym płód znajduje się w osi długiej macicy, z miednicą (pośladkami lub stopami) skierowaną ku kanałowi rodnemu. Taki układ może utrudniać poród drogami natury i wiązać się ze zwiększonym ryzykiem powikłań okołoporodowych, dlatego proponuje się wykonanie próby obrotu zewnętrznego.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg przeprowadzany jest najczęściej pomiędzy 36. a 38. tygodniem ciąży. Próba obrotu poprzedzona jest wykonaniem 30 minutowego zapisu kardiokograficznego oraz badania ultrasonograficznym płodu. W celu relaksacji mięśnia macicy stosuje się tokolizę poprzez podanie w pompie infuzyjnej roztworu atosibanu (leku hamującego skurcze macicy). Zabieg manualny wykonywany jest w Sali Porodowej przez lekarza ginekologa-położnika. W trakcie przeprowadzania zabiegu monitoruje się czynność serca płodu za pomocą osłuchiwania i uwidaczniania serca w badaniu USG. Zabieg nie wymaga znieczulenia.

Udany obrót zewnętrzny umożliwia prowadzenie porodu drogami natury, gdyż zgodnie z rekomendacjami położenie miednicowe płodu stanowi wskazanie do cięcia cesarskiego. Poród drogami natury wiąże się natomiast z istotnie mniejszym ryzykiem powikłań porodowych między innymi takich jak: krwotok porodowy, żylna choroba zakrzepowozatorowa i zakażenie.

(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

Po zakończonym zabiegu prowadzone jest monitorowanie kardiotokograficzne przez co najmniej 30 minut.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywnym sposobem postępowania jest oczekiwanie na samoistną zmianę położenia płodu, a jeśli ona nie nastąpi zakończenie ciąży cięciem cesarskim w momencie rozpoczęcia porodu lub w wyznaczonym terminie porodu.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Obrót zewnętrzny wiąże się z bardzo małą częstością występowania powikłań. Ryzyko związane z procedurą może obejmować wystąpienie poniższych powikłań:

- zaburzenia czynności serca płodu
- przedwczesna czynność skurczowa macicy,
- przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego,
- nasilenie immunizacji matczyno-płodowej
- zasinienie w powłokach skórnych

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

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

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali _____

Dla zabiegów „małych” Ryzyko powikłań [] małe [] średnie [] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

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

Ryzyko odległych powikłań [] małe [] średnie [] duże



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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. proponowanego ZABIEGU OBROTU ZEWNĘTRZNEGO

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu obrotu zewnętrznego**.

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 następstw 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 operacji 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 operacji.

Jeżeli ma Pan/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 zaproponowanego zabiegu obrotu zewnętrznego.

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 zaproponowanego zabiegu obrotu zewnętrznego.

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 zabiegu obrotu zewnętrznego. 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 operację.

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

data

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

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

Pacjentka złożyła oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu obrotu zewnętrznego** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu obrotu zewnętrznego.**

(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 pieczętka lekarza