



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

**TEST OKSYTOCYNOWY
(OCT)**

PG/I03/F1

str. 1/2

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA WYKONANIE

TESTU OKSYTOCYNOWEGO (OCT)

1. WSKAZANIA DO WYKONANIA TESTU OKSYTOCYNOWEGO

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono u Pani następujące wskazania do wykonania **testu oksytocynowego**:

2. PROPONOWANA METODA WYKONANIA TESTU OKSYTOCYNOWEGO

Test oksytocynowy wykonuje się w celu zwiększenia wiedzy na temat stanu płodu i ustalenia najlepszego dalszego postępowania. Podstawę oceny testu stanowi zapis czynności serca płodu podczas regularnych skurczów macicy. Prawidłowy zapis w czasie takiej próby pośrednio świadczy o wydolności łożyska i zachowanym dobrostanie płodu.

Wykonanie testu oksytocynowego odbywa się na czczo i polega na podaniu w dożylnym wlewie kroplowym roztworu oksytocyny - hormonu naturalnie występującego w Pani organizmie, którego głównym działaniem jest wywoływanie skurczów macicy. Podczas testu częstość serca płodu i czynność skurczowa macicy są kontrolowane zapisem kardiokograficznym (KTG). Wlew dożylny leku początkowo jest powolny. Może być stopniowo zwiększany w celu wywołania niewielkich skurczów macicy, zazwyczaj odczuwanych przez pacjentki jako delikatne pobołowanie w dole brzucha. Czas trwania testu jest uzależniony od okresu, w jakim uda się uzyskać zapis czynności skurczowej, gdyż każda pacjentka w innym tempie zareaguje na podawany lek. Zazwyczaj test trwa około 2-4 godzin.

Alternatywnymi metodami oceny stanu płodu są tzw. niestresowe zapisy KTG, ocena stanu płodu w USG oraz liczenie ruchów płodu przez ciężarną.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA WYKONANIA TESTU OKSYTOCYNOWEGO

Zależą od wyników testu oksytocynowego:

Wynik testu ujemny = wynik prawidłowy - zapis czynności serca płodu potwierdza dobry stan płodu, zazwyczaj upoważnia do przyjęcia postępowanie wyczekującego, czyli dalszej obserwacji.

Wynik testu dodatni = wynik nieprawidłowy - stwierdzone nieprawidłowości w zapisie czynności serca płodu świadczą o zagrożeniu stanu płodu i stanowią wskazanie do ukończenia ciąży.

Wynik testu niejednoznaczny – postępowanie uzależnione zostanie od niejednoznaczności wyniku oraz innych danych położniczych.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

W rzadkich przypadkach podawanie oksytocyny we wlewie dożylnym w czasie testu może doprowadzić do rozpoczęcia się porodu.

Bardzo rzadkim powikłaniem podawania oksytocyny może być skurcz tężcowy macicy, co może skutkować koniecznością natychmiastowego ukończenia ciąży.

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

5. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby zapytała nas Pani o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszej Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

.....

.....

.....

Zastrzeżenia pacjentki co do proponowanego wykonania testu oksytocynowego

6. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

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 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
- rokowania

Znane mi są możliwe powikłania związane z wykonaniem testu oksytocynowego.

Bez zastrzeżeń* / z powyższymi zastrzeżeniami* zgadzam się na przeprowadzenie u mnie testu oksytocynowego.

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki lub opiekuna prawnego

Nie zgadzam się na wykonanie proponowanego mi testu oksytocynowego.

Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki lub opiekuna prawnego

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu:.....

.....

* *niepotrzebne skreślić*