



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

PRÓŻNOCIĄG POŁOŻNICZY/
KLESZCZE POŁOŻNICZE
NACIĘCIE I ZESZYCIE KROCZA

PG/103/F4

str.1/2

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA ZABIEGOWE UKOŃCZENIE CIĄŻY PRZY POMOCY

**PRÓŻNOCIĄGU POŁOŻNICZEGO/ KLESZCZY POŁOŻNICZYCH
Z NACIĘCIEM I ZESZYCIEM KROCZA**

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań i dokonanej oceny sytuacji położniczej stwierdzono u Pani wskazania do zabiegowego ukończenia porodu za pomocą **próżniociągu położniczego/kleszczy położniczych* z nacięciem i zeszyciem krocza.**

2. PROPONOWANA METODA ZABIEGOWEGO UKOŃCZENIA CIĄŻY

Zastosowanie próżniociągu położniczego polega na założeniu peloty na główkę płodu, uzyskaniu odpowiedniego podciśnienia, a następnie pociąganiu główki płodu zgodnie z osią kanału rodnego w czasie skurczu macicy, naśladując naturalny mechanizm porodu i następowym ruchu płodu.

Zastosowanie kleszczy polega na założeniu łyżek kleszczy na główkę płodu, a następnie pociąganiu główki płodu zgodnie z osią kanału rodnego w czasie skurczu macicy, naśladując naturalny mechanizm porodu.

Celem proponowanego zabiegu jest wspomaganie parcia w czasie porodu drogą pochwową i przyspieszenie urodzenia dziecka w sytuacji przedłużającego się drugiego okresu porodu, stanu zagrożenia płodu lub matki.

Nacięcie krocza jest zabiegiem towarzyszącym ukończeniu porodu przypomocy próżniociągu położniczego lub kleszczy. Wykonywane jest w linii pośrodkowo-bocznej. Zeszycie śluzówki pochwy i mięśni krocza odbywa się w znieczuleniu, za pomocą szwów wchłaniających, skóra krocza zszywana jest przy użyciu szwów niewchłaniających, które następnie są usuwane po około 5-7 dniach w zależności od indywidualnych predyspozycji do gojenia się tkanek.

Celem proponowanego zabiegu jest zapobieganie pęknięciu krocza oraz zwieracza odbytu, czego ryzyko jest szczególnie wysokie podczas porodu zabiegowego, jak i nadmiernemu rozciąganiu się mięśni podczas porodu, umożliwienie postępu porodu przy kroczu niepodatnym oraz zapobieganie uszkodzeniom płodu.

Alternatywne metody leczenia

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA PORODU ZABIEGOWEGO Z ZASTOSOWANIEM PRÓŻNOCIĄGU POŁOŻNICZEGO/ KLESZCZY POŁOŻNICZYCH*

Zastosowanie próżniociągu położniczego jak i kleszczy położniczych w czasie porodu nie uniemożliwia odbycia porodu drogami i siłami natury w kolejnych ciążyach przy braku dodatkowych przeciwwskazań.

5. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z porodem zabiegowym. Powikłania związane z powyższym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- powstaniu urazów u noworodka, między innymi krwiaków, krwawienia wewnątrzczaszkowego, wybroczyn krwotocznych na skórze oraz wybroczyn krwotocznych w siatkówce
- pęknięciu krocza, ścian pochwy i szyjki macicy wymagających zaopatrzenia
- powstaniu uszkodzeń i otarć tkanek miękkich
- powstaniu przetoki pęcherzowo-pochwowej
- powstaniu przetoki odbytniczo-pochwowej
- wysiłkowym nietrzymaniu moczu w przyszłości
- nietrzymaniu stolca
- utajonym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetaczania krwi i preparatów krwiozastępczych i/lub ponownej interwencji zabiegowej

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

tu przytwierdzić formularz

5. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie 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 leczenia operacyjnego

6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

6. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w 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 operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń* / z powyższymi zastrzeżeniami* zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego:

.....
.....
.....
oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała i ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo upewnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.

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

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo upewnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

* niepotrzebne skreślić