

Identifikační údaje pacientky:	Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:
Jméno a příjmení:	Jméno a příjmení:
Rodné číslo:	Rodné číslo:
Trvalé bydliště:	Trvalé bydliště:
Zdravotní pojišťovna:	Vztah k pacientovi:
Oddělení: gynekologie	

Byla jsem lékařem poučena o povaze zdravotního výkonu, který mi má být proveden:

Nechirurgické (medikamentózní, tj. podáním léku) umělé ukončení těhotenství na žádost ženy.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Umělé ukončení (přerušeni) těhotenství na žádost ženy.

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

Při nekomplikovaném průběhu by životní funkce ani zdravotní stav neměl být změněn. Zákrok může zanechat následky na psychice ženy. V případě známek psychické labilit (deprese, výkyvy nálad), konzultuje Vašeho lékaře. Tato metoda nemá vliv na plodnost.

Předpokládaný prospěch tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

Žádný.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

1) Perorálně, tj. podáno ústy, Vám bude podáno (spolknete) 600 mg mifepristonu (přípravek Mifegyne® – 3 tablety). Už po užití přípravku Mifegyne® může začít vaginální krvácení. Alespoň 1 hodinu po užití přípravku musíte zůstat ve zdravotnickém zařízení z důvodu možných nežádoucích účinků – zvracení, alergické reakce. Nutnost delšího pobytu posoudí lékař.

2) 36-48 hodin poté vám bude ve stejném zdravotnickém zařízení perorálně podáno (spolknete) 400 mcg misoprostolu (přípravek Mispregnol® – 1 tableta). **Po užití tohoto přípravku musíte být alespoň 3 hodiny v klidu.** Embryo může být vypuzeno do několika hodin po užití přípravku Mispregnol nebo během několika následujících dnů. Dostaví se vaginální krvácení, které může trvat až 12 dnů; může být různé intenzity a s postupem času bude slábnout.

3) Za 14-21 dnů po užití prvního přípravku (Mifegyne®) povinně absolvujete kontrolní návštěvu u lékaře. Tato návštěva je důležitá, protože lékař zkontroluje, že ukončení těhotenství proběhlo úspěšně a ujistí se, že je vše v pořádku.

S sebou dostanete další informace o nechirurgickém (medikamentózní) umělém ukončení těhotenství v písemné formě a **bezpečnostní kartu** s kontakty a údajem o další povinné návštěvě.

Byla jsem poučena, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Umělé ukončení (přerušeni) těhotenství chirurgicky.

Vzala jsem na vědomí, že lékařem **doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:**

Nejedná se o chirurgický zákrok, který se provádí v celkové anestezii a může mít chirurgické komplikace (poranění dělohy).

ale současně tyto **nevýhody:**

Medikamentózní umělé ukončení těhotenství lze provést do 7. týdnu těhotenství (49 dnů od prvního dne poslední menstruace). Může nastat reakce organismu na užití medikamentů (alergická a jiné), vzácně nastane prodloužené krvácení. Riziko selhání metody nechirurgického (medikamentózního) ukončení těhotenství při dodržení schváleného protokolu je 1,3 - 7,5%. (V tomto případě nelze uplatňovat nárok na vrácení platby.) V případě pokračujícího těhotenství se doporučuje chirurgické ukončení těhotenství, protože po užití přípravků Mifegyne®/Mispregnol® existují potenciální rizika pro plod.

Byla jsem dále poučena, že lékařem **doporučený výkon má následující rizika:**

Komplikace nejsou časté, nicméně může nastat: Silné krvácení z dutiny děložní, velmi vzácně může být i poruchy krevní srážlivosti, infekce. V dutině mohou zůstat části těhotenských tkání nebo celé těhotenství, v tomto případě je třeba provést instrumentální revizi dutiny děložní v celkové narkóze. Zcela výjimečně při jiným způsobem neřešitelném silném krvácení ohrožující život ženy je nutné operačně odstranit dělohu. Komplikace mohou vzniknout zvláště, pokud jsou přítomny jizvy na děloze, kardiovaskulární rizika (například věk nad 35 let spolu s chronickým kuřáctvím, hyperlipidémie, diabetes) nebo kardiovaskulární onemocnění.

Byla jsem také poučena o **dalším léčebném režimu, resp. preventivních opatřeních**, vyplývajících z provedení lékařem doporučeného výkonu, jakož i o nutnosti **kontrolních zdravotních výkonů:**

Při nekomplikovaném průběhu není další kontrola v nemocnici nutná. Při výskytu teplot, silného krvácení nebo velkých bolestí navštivte ambulanci naší kliniky (24 hodinová pohotovost).

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu **budu takto omezena v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

Zvýšená hygiena (jen sprchování, nekoupat se), abstinence pohlavního styku a fyzické šetření by se měly dodržovat do první menstruace po výkonu, která nastává většinou za 4-6 týdnů.

Možná **změna zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti** v důsledku zdravotního výkonu:

Při nekomplikovaném průběhu by neměla být žádná změna zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním **podpisem potvrzuji**, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu** a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem byla poučena o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevyklučují.

Souhlasím s uhrazením poplatku za medikamentózní umělé ukončení těhotenství ve výši 5 000 Kč dle ceníku NH . Současně uhradím v případě mého negativního Rh faktoru 1300 Kč za sérum anti D.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměla** a výslovně a svobodně **souhlasím s provedením zdravotního výkonu: nechirurgické (medikamentózní) umělé ukončení těhotenství**

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Hořovicích dne:

.....
podpis pacientky nebo zákonného zástupce

.....
jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Pokud pacient/ka není schopen/a vyjádřit svůj souhlas podpisem, uvede se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli:

Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta:

Jméno, příjmení svědka: Podpis svědka: