

	INFORMOVANÝ SOUHLAS
	<b>PREINDUKCE / INDUKCE PORODU</b>

IS - 001 G Verze: 01

Identifikační údaje pacienta/ky:	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:	

**Vážená paní,**

protože se významným způsobem podílíte na léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte právo být před Vaším rozhodnutím o tomto postupu podrobně informována.

**Důvod (indikace) tohoto výkonu:**

na základě komplexního porodnického vyšetření je Vám doporučeno provést přípravu porodních cest a následné vyvolání porodu jako nejvhodnější řešení ukončení Vašeho těhotenství.

Důvodem bývá nejčastěji:

- některá onemocnění rodičky (vysoký krevní tlak nebo gestóza, cukrovka, onemocnění ledvin aj.)
- riziková situace plodu vyvolaná zhoršenou funkcí placenty či pupečníku
- těhotenství po předpokládaném termínu porodu
- programový porod
- malý či velký plod

**Preindukce a indukce porodu:**

Indukce porodu je vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství. Porod se vyvolává v případech, kdy pokračování těhotenství zvyšuje riziko poškození zdraví matky nebo dítěte. Pokud nejsou porodní cesty dostatečně připraveny k indukci porodu, provádíme tzv. preindukci porodu.

**Preindukce porodu:**

- farmakologická - vaginální aplikace gelu či tablet obsahující prostaglandiny tj. jedná se o účinnou látku, která způsobí změkčení a pootevření děložního hrdla
- mechanická - aplikace Dilapanu tj. hydrofilní tyčinky, které „rozšiřují“, děložní hrdlo

**Indukce porodu:**

- farmakologická - aplikace nitrožilní infuze s oxytocinem tj. hormon podporující stahy děložního svalstva, aplikace prostaglandinů do děložního čípku
- mechanická – odloupenutí dolního pólu vaku blan tzv. Hamiltonův hmat, protržení vaku blan tzv. dirupce

Programovaný porod je indukce porodu v termínu porodu na přání pacientky bez zdravotní indikace. Provádí se jen při připravených porodních cestách.

**Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

- může se objevit slabé krvácení z rodidel
- nežádoucí účinky na podané prostaglandiny u matky jako je nauzea, zvracení, průjem, zvýšené kontrakce dělohy, ruptura dělohy, horečka, bolest v zádech, pocity tepla v pochvě, alergie, poporodní poruchy srážlivosti krve
- nežádoucí účinky na podané prostaglandiny na plod jako je nežádoucí stres, porucha srdeční frekvence plodu

Tomu předcházíme pravidelným a opakovaným monitorováním děložní činnosti a srdeční akce plodu.

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že nedojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, které by mohly vést k ohrožení zdraví i života rodičky a plodu. Dále nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a vzácných komplikací, které nejsou uvedené výše. Na specifické komplikace vzhledem k danému výkonu se ptejte svého ošetřujícího lékaře.

**Režim rodičky před (pre)indukcí:**

Být na lačno.

**Režim rodičky po provedení výkonu:**

Po zavedení tablety či gelu do pochvy či do děložního hrdla je nutné cca půl hodiny ležet v klidu na lůžku.

Vysvětlující pohovor provedl dne:

(razítko a podpis lékaře)

1) Prohlašuji, že jsem byla řádně a srozumitelně lékařem informována (poučena) o důvodu, předpokládaném výsledku, způsobu provedení, následcích i možných komplikacích výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní následky, pokud výkon nepodstoupím (odmítnu). Obdržela jsem poučení o výkonu, které jsem si přečetla.

Měla jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, na veškeré mé dotazy jsem obdržela vysvětlení, kterému jsem porozuměla.

2) Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů k záchraně života a zdraví, budou tyto výkony provedeny.

3) Byla jsem seznámena s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup anebo kdykoliv odvolat svůj souhlas s výkonem. Přečetla jsem si celý obsah tohoto informovaného souhlasu před tímto výkonem.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím a „Informovaný souhlas“ svobodně a bez jakéhokoliv nátlaku vlastnoručně podepisuji.

Datum.....

.....  
Podpis pacientky,  
zákonného zástupce, opatrovníka

**Vyplní lékař:**

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

- aktuální stav pacienta neumožnil jeho vyjádření k navrženému postupu/výkonu
- pacient (zákonný zástupce-identifikace) odmítl podepsat

z důvodu:.....

Způsob projevu souhlasu:

Způsob projevu nesouhlasu:

**Datum:**

**Podpis svědka/ů:**

**Podpis a jmenovka lékaře:**