

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

**Farmakologické (nechirurgické) ukončení
zamlklého těhotenství**

Identifikační štítek
pacienta

Farmakologické ukončení těhotenství je alternativou k chirurgickému ukončení těhotenství. Možnost farmakologického ukončení těhotenství je na zvážení lékařem.

Farmakologické ukončení těhotenství je možné jen po jednoznačném potvrzení nitroděložního těhotenství (ultrazvukové vyšetření včetně určení přesné datace těhotenství).

Alternativa plánovaného výkonu:

Možnost ukončení těhotenství chirurgicky – podstatou výkonu je vybavení obsahu dutiny děložní chirurgicky v celkové anestezii.

Před realizací nechirurgického (farmakologického) umělého ukončení těhotenství:

- Přečtěte si příbalovou informaci k mifepristonu (Mifegyne®) a misoprostolu (Mispregnol®). Edukační materiál a tzv. bezpečnostní kartu získáte od svého ošetřujícího lékaře.
- V následujících případech informujte svého lékaře:
 - jestliže máte poruchu jater nebo ledvin;
 - jestliže trpíte anémií nebo podvýživou;
 - jestliže máte kardiovaskulární onemocnění (onemocnění srdce nebo krevního oběhu);
 - jestliže máte zvýšené riziko kardiovaskulárního onemocnění. Mezi rizikové faktory patří věk nad 35 roků, kouření cigaret nebo vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu v krvi nebo diabetes;
 - jestliže jste v minulosti měla císařský řez nebo operaci dělohy.

Pokud Vás cokoli znepokojuje, máte obavy nebo máte další dotazy, obraťte se na svého lékaře.

Charakteristika výkonu:

Nechirurgické (farmakologické) umělé ukončení těhotenství touto etodou má 3 fáze:

- 1) perorálně podání 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 bude perorálně podáno 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 10 dnů po užití prvního přípravku (Mifegyne®) povinně absolvujete kontrolní návštěvu na našem oddělení.** Tato návštěva je důležitá, protože lékař zkontroluje, zda ukončení těhotenství proběhlo úspěšně a ujistí se, že je vše v pořádku.

Jak probíhá nechirurgické (farmakologické) ukončení těhotenství:

- a. Při nechirurgickém (farmakologickém) ukončení těhotenství dochází k děložním kontrakcím. Můžete pocítit bolest, únavu, nevolnost, zvracení a průjem, takže je vhodné být v pohodlí a pod dohledem blízké osoby. Neváhejte užít léky k úlevě od bolesti, které Vám lékař předepsal.
- b. Při nechirurgickém (farmakologickém) ukončení těhotenství se dostaví krvácení, které může být často silnější než menstruační krvácení, obsahuje krevní sraženiny a někdy lze vidět bílý váček s gelovitým obsahem. Krvácení se může dostavit velmi rychle po užití přípravku Mispregno^l®, někdy však bývá opožděno.
- c. Embryo může být vypuzeno do několika hodin po užití přípravku Mispregno^l® nebo během několika následujících dnů.
- d. Krvácení trvá 12 až 15 dní po užití přípravku Mifegyne[®].

Za 10 dnů od užití přípravku Mifegyne[®] se musíte dostavit do zdravotnického zařízení ke kontrole, neboť krvácení není v žádném případě důkazem, že vypuzení embrya je úplné. Lékař pomocí ultrazvuku ověří, zda bylo těhotenství z dělohy vypuzeno.

Poplatek za farmakologické ukončení gravidity dle platných aktuálních cen KMN a.s.

Možné komplikace:

Ihned kontaktujte svého lékaře v následujících případech:

- ✓ jestliže **zvracíte** do 30 minut po užití přípravku Mispregno^l®. Váš lékař určí, zda je nutné podat další dávku přípravku;
- ✓ jestliže máte **abnormální krvácení**, pokud jde o délku jeho trvání nebo množství krve (vyhledejte lékařskou pomoc, jestliže krvácíte více než 12 dní a/nebo potřebujete více než 2 hygienické vložky za hodinu po dobu delší než 2 hodiny);
- ✓ jestliže máte pocit na omdlení (mdloba);
- ✓ jestliže máte silné **bolesti břicha**, které přetrvávají i přes užívání léků k úlevě od bolesti;
- ✓ jestliže máte **horečku** trvající déle než 24 hodin nebo jestliže máte zimnici a třesavku.

Režim pacientky po výkonu, omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní neschopnosti:

První menstruační krvácení se dostaví za 4 – 6 týdnů po výkonu. Nemějte obavy, pokud se dostaví v jiném termínu než obvykle.

Po dobu dalšího jednoho až dvou týdnů doporučujeme zvýšenou hygienu zevních rodidel a pohlavní abstinenci. Pracovní neschopnost na dobu léčení není nutná.

Doporučení:

Po nechirurgickém (medikamentózním) ukončení těhotenství se okamžitě obnovuje plodnost.

Ptejte se prosím na všechno, co považujete pro Vás za důležité!

Pacientka (jméno, příjmení, rodné číslo): _____

**Já, níže podepsaná, tímto prohlašuji, že jsem byla poučena o výkonu:
FARMAKOLOGICKÉ (NECHIRURGICKÉ) UKONČENÍ ZAMLKÉHO TĚHOTENSTVÍ**

Prohlašuji, že mi bylo sděleno a vysvětleno:

- **Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu.**
- **Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu.**
- **Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byla jsem poučena o možnosti volby.**
- **Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.**

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych indikujícímu lékaři i lékaři specialistovi **kladla doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměla, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek.**

Na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji tedy svůj **svobodný, informovaný souhlas s výkonem.**

Rovněž souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne, hod. _____

Podpis pacienta _____
či zákonného zástupce

Podpis lékaře, jmenovka _____

Podpis svědka¹ _____

¹ jméno a podpis svědků poučení souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat.