

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem***Umělé ukončení těhotenství ve II. trimestru**Identifikační štítek
pacienta**Účel a povaha léčebného výkonu:**

Podstatou výkonu je umělé vyvolání stahů děložních a potrat plodu přirozenou cestou jako při porodu. Dle § 31 odst. 2 písm. f zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách máte možnost vzdát se podání informace o navrženém léčebném postupu – v tomto případě pokud nechcete být o plánovaném výkonu informována, podepište, prosím, níže uvedené prohlášení a odevzdejte informovaný souhlas svému ošetřujícímu lékaři.

Důvod (indikace) výkonu:

Provedení UUT ve II. trimestru gravidity (to je po 12. týdnu) dle zákona č.66/1986 Sb., je možné, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu nebo je-li plod neschopen života. Naší snahou je provést umělé ukončení těhotenství pro Vás co možná nejšetrnějším způsobem.

Proto navrhujeme použít preparát:

- obsahující misoprostol, což je moderní, celosvětově užívaný lék k vyvolání potratu či porodu mrtvého plodu (obchodní název preparátu je Cytotec)

Režim pacientky před výkonem:

Pacientka je v den výkonu přijata na standardní gynekologické oddělení a po nutných vstupních vyšetřeních a laboratorních odběrech je zahájeno vyvolání kontrakcí dělohy. Žádná předchozí speciální režimová opatření nutná nejsou. Pokud nastanou pravidelné kontrakce, pacientka již nejí a nepije, aby po vypuzení plodu mohla být provedena revize (vyčištění) dutiny děložní v celkové anestezii.

Postup při provádění výkonu:

Přípravná část se provádí na standardním oddělení, kdy se opakovaně do pochvy a děložního hrdla aplikují tablety s obsahem **prostaglandinů**, které způsobují změkčení a otevření děložního hrdla a vyvolávají děložní činnost vedoucí k potratu plodu. Podání jednotlivé dávky bude v případě potřeby opakováno v pravidelných intervalech maximálně pětkrát.

Časový interval do potratu se nedá odhadnout, pohybuje se od 2 do 24 hod. V malé části případů se nedaří vyvolat děložní stahy v daný den a je nutné celou přípravnou část opakovat.

(v případě potřeby Vám bude v úvodu procesu umělého ukončení těhotenství zavedena do hrdla děložního tyčinka tzv. Dilapan, která svým postupným zbytněním rozvolní a tak připraví hrdlo děložní ke snadnějšímu nástupu děložních stahů)

Budou-li vyvolané stahy bolestivé, budete dostávat léky tlumící bolest, je možné využít i epidurální analgezie.

Bližší informace vám podá lékař- anesteziolog.

Po potratu plodu je nutné odstranit zbytky plodového vejce z dutiny děložní kyretáží. Tento výkon se provádí na operačním sále v celkové anestezii.

Přístup k dutině děložní je možný otevřeným hrdlem děložním po potratu plodu a provádí se kyretou.

V případech, že bude plodové vejce potraceno kompletně, toto není nutné. Plod i placenta jsou odeslány k podrobnému vyšetření do patologicko-anatomického ústavu za účelem zjištění základní nemoci plodu a ověření klinické diagnózy.

Alternativa výkonu:

Jinou alternativou je, že se za kontroly ultrazvuku přes břišní stěnu zavádí ostrá jehla do dutiny děložní, zpravidla se odebírá materiál pro genetické vyšetření a stejnou jehlou se aplikuje do plodového vejce látka, která má vyvolat stahy děložní. Doba výkonu je 10-15 min. Tento postup se však na našem oddělení prakticky neprovádí.

Dále je možné využít tablety s obsahem prostaglandinů (Enzaprost, Prostin), které se opakovaně aplikují do pochvy a děložního čípku.

Možné komplikace a rizika:

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh potratu. Všeobecné komplikace provázející potrat v II. trimestru těhotenství se objevují díky pokroku v medicíně velmi zřídka. Potrat plodu může být provázen silnějším krvácením, u žen s jizvou na děloze nebo při děložní myomatóze hrozí při nadměrné děložní činnosti ruptura dělohy. Infekční komplikace jsou velmi vzácné. U 1-3 % pacientek se nepodaří vyvolat stahy děložní a je nutné k provedení potratu zvolit jinou alternativu. U preparátu **misoprostolu** mezi relativně časté nežádoucí účinky patří nevolnost, zvracení, průjem, pocity horka, zvýšená teplota. Ojedinele se mohou objevit dušnost, ev. vysoký krevní tlak. Velmi výjimečně dochází k vyvolání nadměrné děložní činnosti s nebezpečím porušení stěny dělohy (ruptury), či k alergické reakci na daný preparát, která vážně ohrožuje zdraví a může vést až k možnému úmrtí.

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

Nejméně 4 týdny po výkonu se doporučuje pohlavní abstinence a zvýšená hygiena rodidel.

První menses se po výkonu dostaví za 4 - 6 týdnů. Nemějte obavy, pokud se dostaví v jiném, než obvyklém termínu. Další graviditu doporučujeme až po ukončení všech nutných vyšetření, plánovaně v odstupu nejméně 1/2 roku. Do té doby bude vhodné se zabezpečit antikoncepcí. Pracovní neschopnost je na dobu léčení možná, ale není nevyhnutelná a odvíjí se od průběhu léčby.

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: **UMĚLÉ UKONČENÍ VE II. TRIMESTRU**

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.