

## Informovaný souhlas s ukončením těhotenství použitím farmakologické metody

Identifikační údaje pacientky	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Zdravotní pojišťovna	
Oddělení	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Vztah k pacientovi	

### I. Vyplní lékař

Prohlašuji, že jsem pacienta/ku způsobilého k podpisu souhlasu řádně a srozumitelně seznámil/a se způsobem provedení plánovaného výkonu, který přichází v souvislosti s léčebným, případně diagnostickým, postupem v úvahu. Rovněž jsem pacienta/ku seznámil/a s možnými častějšími komplikacemi a riziky, včetně těch nejzávažnějších.

Datum a čas: \_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_

### II. Vyplní pacientka (zákonný zástupce, opatrovník)

1. Prohlašuji, že jsem byla řádně a srozumitelně lékařem informována (poučena) o důvodu, účelu, předpokládaném úspěchu, způsobu provedení, následcích i možných komplikacích plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní následky, pokud plánovaný výkon nepodstoupím (odmítnu).  
Měla jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, na veškeré mé dotazy jsem obdržela vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a.
2. Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů k záchraně života, budou tyto výkony provedeny.
3. By/a jsem seznámena s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup a/anebo kdykoliv odvolat svůj souhlas s výkonem.

Přečetla jsem si formulář Poučení pacientky před tímto výkonem.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím. **Informovaný souhlas s výkonem** vlastnoručně podepisuji svobodně a bez jakéhokoliv nátlaku.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis pacientky,  
(zákonného zástupce, opatrovníka)

\_\_\_\_\_  
Podpis svědka/ů

Poznámka:

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

Z důvodu: \_\_\_\_\_

Způsob projevu souhlasu: \_\_\_\_\_

Způsob projevu nesouhlasu: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis svědka/ů: \_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_

## Poučení pacientky před výkonem

Vážená paní,

Jelikož se významným způsobem podílíte na diagnostickém a léčebném postupu, který byl navržený pro Vaši osobu či pro Vaše dítě, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a. Následující informace Vás seznámí s problematikou povahy výkonu a pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu.

**Důvod (indikace) tohoto výkonu:** Farmakologické umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost

**Definice (pojem) :** Podáním přípravků Mifegyne (mifepriston) a Misopregolu (misoprostol), které lze použít jen do 49. dne od začátku posledního menstruačního krvácení dojde k odloučení a potracení plodového vejce a embrya

**Účel výkonu:** ukončit těhotenství bez použití chirurgických metod a anestezie

**Postup při provádění výkonu (povaha výkonu):** farmakologické ukončení těhotenství je možné pouze u jednoznačně potvrzeného nitroděložního těhotenství (ultrazvukové vyšetření včetně biometrie, které umožní stanovit přesné stáří těhotenství).

**Samotný výkon má 3 fáze:**

1. ve zdravotnickém zařízení je ústy podána tableta s obsahem účinné látky mifepristone; následně pacientka zůstává po dobu 1 hodiny v blízkosti gynekologické ordinace z důvodů možného výskytu nežádoucích účinků
2. s odstupem 36-48 hodin je poté ve stejném zdravotnickém zařízení podán přípravek s obsahem účinné látky misoprostol (ústí nebo vaginální cestou); následně žena opět zůstává po dobu 1 hodiny v blízkosti gynekologické ordinace z důvodů možného výskytu nežádoucích účinků nebo možnosti rychlého vypuzení těhotenské tkáně
3. s odstupem 14-21 dnů od užití prvního léčivého přípravku (s obsahem účinné látky mifepristone), proběhne ve stejném zdravotnickém zařízení kontrolní ultrazvukové vyšetření k potvrzení kompletního vypuzení těhotenské tkáně z děložní dutiny.

Bude Vám také nabídnuta léčba proti bolesti, nejčastěji doporučovanou skupinou analgetik (léků proti bolesti) jsou nesteroidní antiflogistika (Ibalgin, Ibuprofen, apod.)

**Alternativy výkonu:** Umělé ukončení těhotenství je možné provést instrumentálně (chirurgickou cestou).

**Možné komplikace a rizika:** Selhání metody – vyskytuje se podle různých údajů z lékařské literatury v 1,3-7,5 % případů. Dále je v některých případech nutné provést chirurgickou revizi děložní dutiny pro rezidua (zbytky) po potratu. Může se vyskytnout silnější krvácení během potratu, stejně jako silné bolesti v podbřišku. Možná (ale málo pravděpodobná) je také alergická reakce na podané přípravky

**Prohlašuji, že nemám žádnou z níže uvedených kontraindikací:**

1. známá alergie (přecitlivělost) na prostaglandiny
2. přecitlivělost na léčivé látky a kteroukoliv pomocnou látku
3. silné astma nekontrolované léčbou
4. dědičná porfyrie
5. chronická porucha funkce nadledvin

**Režim pacienta před výkonem:** Pacientka/klientka se dostaví do zdravotnického zařízení, je zhodnocen celkový zdravotní stav a anamnéza, provedeno gynekologické vyšetření a při rozhodnutí lékařem o vhodnosti této metody provedeno ukončení těhotenství farmakologickou metodou

**Režim pacienta po provedení výkonu (důsledky zákroku):** Při tomto způsobu ukončení těhotenství dochází k děložním kontrakcím. Můžete pocítit bolest, únavu, nevolnost, zvracení a průjem, takže je vhodné být v pohodlí doma a pod dohledem blízké osoby. Dostaví se také krvácení, které může být silnější než menstruační krvácení. Krvácení trvá 12-14 dní. Po tomto způsobu ukončení se okamžitě obnovuje plodnost, proto je vhodné domluvit se svým ošetřujícím lékařem o vhodné formě antikoncepce.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Podpis pacienta/ky,  
(zákonného zástupce, opatrovníka)**