**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)**

**se samovolným porodem v poloze podélné hlavičkou**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pacientka – jméno a příjmení: |  | Rodné číslo (číslo pojištěnce): |  |
| Datum narození:(není-li rodné číslo) |  | Kód zdravotní pojišťovny: |  |
| Adresa trvalého pobytu pacientky:(případně jiná adresa) |  |
| Jméno zákonného zástupce (opatrovníka): |  | Rodné číslo: |  |

|  |
| --- |
| **Název výkonu**Vaginální porod v poloze podélné hlavičkou |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu**Porod plodu. |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu**Vaginální porod je přirozený proces, jehož průběh dělíme do čtyř dob porodních a který proběhne u cca 85% rodiček bez komplikací. U zbylých 15% rodiček mohou nastat komplikace, které dle jejich závažnosti mohou vést k ohrožení zdraví i života rodičky či plodu.Naší snahou je informovat Vás o možných komplikacích, které mohou nastat kdykoliv, zcela neočekávaně a nepředvídatelně. Z tohoto důvodu, Vás také současně žádáme o Váš souhlas k operačnímu ukončení porodu pro případ, že se některá z komplikací u Vás vyskytne a kdy již nebude možné Vás o akutním riziku dostatečně informovat a vyžádat si Váš souhlas k nezbytnému výkonu vedoucímu k záchraně Vašeho života nebo života Vašeho plodu. Zároveň Vás chceme ubezpečit, že díky moderním metodám v dnešním porodnictví, se nám daří mnoha komplikacím při spontánním porodu ve velké míře předcházet.**Péče o novorozence na porodním sále**Pokud to stav novorozence dovolí, umožňujeme prakticky neomezený kontakt dítěte s rodiči (např. podpora bondingu atp.), vzhledem k bezpečnosti dítěte je však podmínkou přítomnost druhé dospělé  osoby (nejčastěji otce), která zajistí péči o dítě a v případě potřeby přivolá odbornou pomoc.    V případě nepřítomnosti druhé dospělé osoby je nutné, aby dítě bylo uloženo v postýlce se zajištěnou funkční monitorací dechu (apnoe podložka).        |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**Porod plodu. |

|  |
| --- |
| **Alternativa výkonu**Při splnění indikace je alternativou spontánního vaginálního porodu operativní porod (vakuumextrakce, forceps) nebo akutní císařský řez.  |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu****Komplikace v I. době porodní:**Jedná se nejčastěji o náhle vzniklé stavy. Tyto komplikace ohrožují zdraví i život rodičky či plodu. Jde především o nedostatečný přísun kyslíku k plodu (hypoxie), pupečníkové komplikace (např. zauzlení pupečníku), předčasné odloučení placenty, vysoké hodnoty krevního tlaku rodičky (Hypertenze, Preeklampsie, Hellp syndrom), křečové stavy (Eklampsie), embolie (krevní sraženinou, plodovou vodou). V těchto případech je nutné porod ukončit provedením akutního císařského řezu. |

|  |
| --- |
| **Komplikace II. doby porodní:**Plod může být ohrožen hypoxií, tedy nedostatkem kyslíku. Další komplikací může být také nepostupující II. doba porodní a vyčerpání rodičky. V této fázi porodu bývá často hlavička plodu vstouplá do pánve a v případě komplikací je nutné porod ukončit vakuumextrací (tah za plastový zvon přisátý pod tlakem na hlavičku plodu) nebo porodnickými kleštěmi (forceps). Ukončením porodu zabráníme vzniku či prohloubení nedostatku kyslíku u plodu. |

|  |
| --- |
| vex Klešťe Porod vakuumextrakcí Porod pomocí porodnických kleští (forceps)**Komplikace III. a IV. doby porodní:**Jedná se především o silné poporodní krvácení způsobené porodním poraněním, zadržením části nebo celé placenty v děloze nebo nedostatečným stažením dělohy po porodu. Řešení je ovlivněno vyvolávající příčinou, intenzitou krvácení a stavem rodičky. Rozsáhlé porodní poranění je nutné ošetřit v celkové anestézii. Zadrženou placenu nebo její část lékař/ka vyjme a vyčistí dutinu děložní v celkové anestézii. Ve zcela ojedinělých případech život ohrožujícího poporodního krvácení je nutné po vyčerpání všech dostupných možností provést operační odstranění dělohy. |

|  |
| --- |
| **Následky výkonu**Z nekomplikovaného vaginálního spontánního porodu neplynou žádné následky. Při operativním způsobu porodu (vakuumextrakce, forceps) je při správné technice provedení minimální riziko komplikací a následků. Vakuumextrakce je náročnější pro dítě, nejčastěji zvětšuje jen otok na hlavičce. Riziko poranění dítěte při používaných hodnotách podtlaku a u zralého dítěte, je velmi malé. Častější komplikací bývá krvácení do podkoží hlavičky dítěte, ale i tyto komplikace nezanechávají dlouhodobé následky. Podobně jako při samovolném porodu, může u operativního porodu dojít k poranění hráze, vzácně k poranění řitního svěrače či dolní části tlustého střeva. Možným následkem těchto poranění může být porucha funkce řitního svěrače a píštěle mezi konečníkem a pochvou. Těmto komplikacím se budeme snažit předejít chráněním hráze a bude-li potřeba, preventivním protětím hráze (episiotomií). Bohužel přes všechna opatřenía naše úsilí nelze zcela vyloučit, že může ke zmíněným poraněním dojít. |

**Souhlas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Vzor vyplnění (zatržení):*** | Zakroužkujte správnou odpověď |  | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit. | ANO | NE |
| Byla jsem informována o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti. | ANO | NE |
| Byla jsem informována o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů. | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sdělenya vysvětleny, jsem porozuměla, měla jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. | ANO | NE |

|  |
| --- |
| **Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:** |
| - že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením. | ANO | NE |
| - že jsem lékařům nezamlčela žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. | ANO | NE |
| - že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč…) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby. | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Hodina | **Podpis pacientky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno příjmení lékaře(řky),který(á) podal(a) informaci | **Podpis lékaře(řky),**který(á) podal(a) informaci |
|  |  |

# Zpracoval: Doc. MUDr. Miroslav Větr, CSc., Mgr. Bartošová Petra

Přednosta: doc. MUDr. Radovan Pilka, Ph. D.

Zástupce pro LP: MUDr. Dzvinčuk Petr. Ph.D.

**Poznámka: Pokud se pacientka nemůže podepsat, vyplňte následující odstavec.**

|  |
| --- |
| **Pokud se pacientka nemůže podepsat,****uveďte důvody, pro které se pacientka nemohla podepsat:** |
|  |
| **Jak pacientka projevila svou vůli:**  |
|  |
| **Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka** | **Podpis zdravotnického pracovníka/svědka** | **Datum:** | **Hodina** |
|  |  |  |  |