

Medikamentózní ukončení nevyvíjejícího se těhotenství

Poj.: Strana 1 / 4
DG:
C.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Učel, povaha výkonu

Vážená klientko, pro poruchu vývoje těhotenství Vám bylo nabídnuto farmakologické vyvolání potratu. Jedná se o jednu z alternativ možného ukončení neadekvátně se vyvíjejícího těhotenství. Po zhodnocení Vašeho zdravotního stavu a sepsání informovaného souhlasu Vám bude vaginálně, nebo perorálně, podána tableta obsahující misoprostol (prostaglandin). Tato látka způsobí děložní kontrakce a tím vypudí těhotenství z dělohy. Její podání je v současné době off-label, to znamená, že lék není pro tuto indikaci schválen v obecně. Misoprostol je lék, který je v mnohých zemích registrován k použití v gynekologii a porodnictví. Jeho bezpečné dávkování a použití podrobně monitoruje WHO - světová zdravotnická organizace a FIGO - mezinárodní společnost pro gynekologii a porodnictví. Jeho účinnost a používání je v České republice monitorováno Státním ústavem pro kontrolu léčiv /SUKL/, dle zákona č. 378/2007 Sb. o léčivech. Pro tento účel slouží off-label hlášení, které hodnotuje prospěšnost/rizika tohoto léku. Zadáme Vás o souhlas s hlášením, dle rozsahu právního předpisu.

Režim pro pacienta před výkonem

Před podáním misoprostolu není potřeba žádný speciální režim.

Provedení výkonu

Po podání první dávky misoprostolu počkáte 3 hodiny v čekárně a poté Vám bude podána druhá dávka. Pokud se nedostaví nežádoucí, nebo život ohrožující, účinky, budete za další hodinu propuštěna. V případě Rh-negativní krevní skupiny, Vám bude podána očkovací látka imunoglobulinu anti-D, která je prevencí komplikací nekompatibility Vaší krve a krve plodu v další graviditě.

Režim pro pacienta po výkonu

Po podání léčiva Vám bude vydána bezpečnostní karta. Prosíme o dodržení instrukcí v ní zmíněných. Do 72 hodin od podání většinou dochází ke krvácení a vypuzení gravidity. Krvácení může být různé intenzity. Dostaví se bolesti v podbříšku, někdy můžete pociťovat děložní kontrakce. Obojí postupně spontánně ustává. Můžete pociťovat pocity horka, unavu, nevolnost, zvracení a průjem, ojediněle pocity dušnosti, vysoký krevní tlak. Doporučujeme být v pohodlí a pod dohledem blízké osoby. Proti bolesti lze užít běžně dostupná analgetika obsahující ibuprofen nebo paracetamol v doporučeném dávkování. Jen výjimečně jsou nutná silnější analgetika vázané na recept. Lze použít teplé obklady břicha. V případě zvracení do 2 hodin po perorálním podání, je nutné podat novou dávku. Delší hospitalizace je nutná jenom v případě, že to vyžaduje Váš zdravotní stav. Po potratu dodržujte režim šestinedělí.

Za 14 dnů je nutné kontrolní ultrazvukové vyšetření v našem zdravotnickém zařízení k posouzení kompletního vypuzení gravidity. V případě nejasného nálezu může být nutné vyšetření hladiny lidského choriového gonadotropinu z krve. Je-li všechno v pořádku, dále Vás odešleme do péče Vašeho obvodního gynekologa. První měsíčky se dostaví za 4-6 týdnů.

Medikamentózní ukončení nevyvíjejícího se těhotenství

Poj.: Strana 2 / 4
DG:
C.chorobopisu:

Komplikace

U žádné pacientky nelze zaručit nekomplikovaný průběh zákroku. Farmakologická metoda je bezpečná, závažné až život ohrožující nežádoucí účinky jsou vzácné. Z nežádoucích účinků se nejčastěji vyskytuje silné krvácení. Trvá-li krvácení delší dobu než 12 dní, nebo jeho intenzita překračuje použití víc, než 2 hygienických vložek za 1 hodinu, po dobu delší než 2 hodiny, je nutné ihned vyhledat lékařskou pomoc. Další poměrně častou komplikací jsou silné bolesti v podbřišku a děložní kontrakce. Vyskytují se asi v 5 % případů. Toxický až septický šok je v důsledku infekce velmi vzácný. Při horečce trvající déle než 24 hodin, zimnici a třesavce je nutné ihned vyhledat lékařskou pomoc. Taktéž vyhledejte lékařskou pomoc při silných bolestech. Jako při každém podávání léků není vyloučena alergická reakce na léčivo, vyhledejte lékařskou pomoc ihned, budete-li pociťovat mdloby, vyčít je-li se vyrážka, svědění či jakýkoliv abnormální pocit. Raritně v případě výskytu tzv. heterotropní gravidity / současné nitroděložní a mimoděložní těhotenství / může po podání tohoto léku dojít k prasknutí mimoděložního krvácení a vzniku krvácení, které může vést k nutnosti operace, podání krevních transfuzí, v horším případě až ohrožení na životě. Selhání farmakologického ukončení těhotenství se v literatuře udává do 10%. Tento případ je řešen následným operačním ošetřením dutiny děložní v celkové anestézii.

Alternativy léčby

Odstranění obsahu dutiny děložní v celkové anestezii.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas čet(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Medikamentózní ukončení nevyvíjejícího se těhotenství

Poj.:

Strana 3 / 4

DG:

C.chorobopisu:

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)

Medikamentózní ukončení nevyvíjejícího se těhotenství

Poj.:

Strana 4 / 4

DG:

C.chorobopisu:

BEZPEČNOSTNÍ KARTA

JESTLIZE VE KTEREMKOLI OKAMZIKU Vás bude cokoli znepokojoovat nebo pokud se u Vás vyskytnou následující stavy:
horečka trvající déle než 24 hodin, zimnice nebo třesavka,
silné bolesti břicha, které přetrvávají i přes užívání léků k úlevě od bolesti,
významné a přetrvávající abnormální krvácení (spotřeba více než 2 hygienických vložek z 1 hodinu po dobu delší než 2 hodiny),
pocit omdlení (mdloba)

Pokud máte jakékoli dotazy, kontaktujte nebo navštivte naši gynekologickou ambulanci.

Telefonní kontakt: 558 415 721, 558 415 760.

Dostavte se do naší ambulance v rozmezí 2-3 týdnů po podání preparátu.

Doporučujeme, abyste až do kontrolního vyšetření necestovala příliš daleko od zdravotnického zařízení, necestovala za hranice, abyste v případě nutnosti byla v dosahu zdravotní péče.

pouze vzor, nevypínajte!