

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacienta)
s provedením obratu plodu zevními hmaty**

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

Název výkonu**Provedení obratu plodu zevními hmaty****Účel výkonu**

Vážená pacientko,

velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevila Fakultní nemocnici Olomouc. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohla svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek vám provedeme obrat plodu zevními hmaty.

Jak klinickým, tak ultrazvukovým vyšetřením bylo prokázáno, že Váš plod se nachází v poloze podélné koncem pánevním, to znamená, že do porodních cest bude vstupovat a bude porozen zadečkem napřed. Jde o polohu méně příznivou, než pokud se plod rodí hlavičkou. Naší snahou je Vám porod maximálně usnadnit a vytvořit co nejbezpečnější podmínky pro porod Vašeho dítěte.

Povaha výkonu

Možností řešení tohoto stavu je několik. Pokud plod není příliš velký je možno vést porod přirozenými porodními cestami. Naopak u rodičky s větším plodem nebo tam, kde zdravotní stav pacientky vykazuje určitá rizika, je vhodnější jak pro těhotnou, tak pro její plod vést porod císařským řezem. Existuje třetí možnost, a to ještě před začátkem porodu, otočit plod v děloze o 180 stupňů, tak, že hlavička nalehne na pánevní vchod a dítě je pak v poloze hlavičkou napřed, to znamená nejpříznivějším způsobem. Toto otočení plodu se nazývá obrat zevními hmaty. Po zvážení Vašeho stavu jsme toho názoru, že tento výkon by byl pro zdárné ukončení Vašeho těhotenství optimální.

Obrat zevními hmaty se provádí mezi 35.–38. týdnem těhotenství, kdy není plod nadměrně velký, kdy je v dutině děložní dostatek plodové vody a plod je tedy dostatečně pohyblivý. Těhotná nesmí mít děložní stahy. Proto se cca 90 minut před výkonem podáváme infuzi s lékem tlumícím děložní činnost. Před vlastním výkonem provedeme kontrolní ultrazvukové vyšetření tak, abysme potvrdili uložení plodu v děloze, stanovili množství plodové vody a zkontroloval stav placenty. Kardiotokografický záznam poskytuje informaci o stavu plodu.

Nezjistíme-li žádné překážky provedení tohoto výkonu, provádí porodník obrat. Mírným tlakem dlaně bude tlačít hlavičku plodu dolů, směrem k pánevnímu vchodu. Druhou dlaní lehce tlačí zadeček plodu vzhůru směrem k hrudníku těhotné. Výkon by neměl být bolestivý a neměl by přesáhnout tři minuty. Vzhledem k tomu, že jde o výkon nebolešivý, není nutná žádná anestezie. Průběžně a po ukončení výkonu je poloha plodu a stav placenty zkontrolován ultrazvukovým vyšetřením. Na závěr provedeme 30-ti minutový kardiotokografický záznam srdeční akce plodu. Rh negativním pacientkám aplikujeme preparát k zabránění tvorbě protilátek proti červeným krvinkám plodu.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vytvořit co možná nejpříznivější podmínky pro spontánní vaginální (a tedy nejméně rizikový) porod. Snížit riziko operačního vedení porodu (Císařský řez).

Alternativa výkonu

Není.

Možná rizika zvoleného výkonu

Komplikace

Nejčastěji pro omezenou pohyblivost plodu nelze obrat provést. Výjimečně může dojít k odloučení části placenty nebo ke změnám srdeční akce plodu. Proto může být obrat zevními hmaty prováděn pouze v případě, kdy je možno ihned ukončit těhotenství císařským řezem (připravenost týmu operačního sálu).

Následky výkonu

Nejsou.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

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 sděleny a 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 a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

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

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacientka souhlas svým podpisem:

Datum	Podpis pacientky

Datum	Podpis pacientky