

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

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**Vakuumextrakce****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 vakuumextrakci. Tento dokument vzhledem k naléhavosti situace Vám nabízíme k prostudování již v průběhu porodu i když předpokládáme samovolný přirozený průběh porodu, aby jste měla čas se s ním seznámit. Z objektivních a často nepředvídatelných důvodů může nastat potřeba mechanické podpory porodních sil. Máme pro to dvě možnosti, buď použití vakuumextraktoru nebo kleští. Podstatou vakuumextrakce je tah za plastový zvon, který přisajeme na hlavičku (nikoliv na obličej). Vakuumextrakce je pro Vás šetrnější než kleště a snižuje riziko Vašeho poranění.

Povaha výkonu

Omezeným podtlakem do 0,8 kg/cm² s Vaší pomocí a úsilím podpoříme vypuzovací porodní síly tahem hlavičky pomocí přísátého zvonu. Možnosti této metody jsou omezené, zejména neodhadneme-li správně potřebné síly nutné k vypuzení plodu. Za těchto situací nelze vyloučit změnu postupu nahrazení vakuumextrakce kleštěmi a zcela vzácně císařským řezem. Po porodu hlavičky je další průběh porodu stejný jako u samovolného porodu v poloze hlavičkou.

Předpokládaný prospěch výkonu

Porod dítěte.

Alternativa výkonu

Porod pomocí porodnických kleští.

Možná rizika zvoleného výkonu**Komplikace**

Riziko komplikací je při správné technice minimální. Tato operace není pro Vás nebezpečná, výrazně nezvyšuje bolesti, jejich intenzita je srovnatelná s bolestmi u spontánního porodu. Stejně jsou i možnosti jejich ovlivnění. Při správném postupu nehrozí vážnější poranění. Vakuumextrakce je náročnější pro dítě, nejčastěji zvětšuje jen otok na hlavičce. Riziko poranění dítěte při používaných hodnotách podtlaku a u zralého dítěte, které předpokládáme, je velmi malé. Častější komplikací bývá krvácení do podkoží hlavičky dítěte, ale i tyto komplikace nezanechávají dlouhodobé následky. Podobně jako při samovolném porodu může 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) ve směru, který zabrání popsáním poraněním. Bohužel přes všechna opatření a naše úsilí nelze zcela vyloučit, že může ke zmíněným poraněním dojít.

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