

**Informovaný souhlas těhotné ženy
s umělým přerušением těhotenství na žádost ženy farmakologickou metodou
po uplynutí 12 týdnů délky těhotenství**

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

Název výkonu (česky)

**UMĚLÉ PŘERUŠENÍ těhotenství na žádost těhotné ženy farmakologickou metodou
po uplynutí 12 týdnů délky těhotenství**

Účel výkonu

Umělé ukončení těhotenství potratem farmakologickou metodou – potrat vyvolaný cíleně – na žádost ženy, a to ze zdravotních důvodů (ze strany plodu či ze strany těhotné ženy).

Povaha výkonu

Po uplynutí dvanácti týdnů délky těhotenství lze uměle přerušit těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo že plod je neschopen života. Svědčí-li pro umělé přerušení těhotenství genetické důvody, lze uměle přerušit těhotenství nejpozději do dosažení dvaceti čtyř týdnů těhotenství.

Před provedením umělého přerušení těhotenství bude ustavena komise, která zhodnotí, zda je ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo že plod je neschopen života.

Stanovení indikace a strategie provedení Umělého přerušení těhotenství na žádost těhotné farmakologickou metodou po uplynutí 12 týdnů délky těhotenství organizuje a provádí Centrum fetální medicíny.

Před samotným zákrokem Vám budou v ambulanci provedeny **odběry krve na potřebná vyšetření**. Následuje provedení fetocidy v indikovaných případech a podání přípravku s obsahem první účinné látky k umělému ukončení těhotenství po 12. týdnu.

Za 24–48 hodin od podání první účinné látky budete přijata k hospitalizaci na Porodnicko-gynekologickou kliniku FNOL, Oddělení operační gynekologie PGK-17, cestou všeobecné ambulance POR-GYN. Po přijetí následuje podání přípravku s obsahem druhé účinné látky.

V případě zájmu ženy lze při výkonu použít tzv. **epidurální analgezii**, která může snížit vnímání event. bolestivosti výkonu.

Po potratu je v některých případech nutné provést **kyretáž**, čili šetrné a důkladné "vyčištění" děložní dutiny chirurgickou metodou. Ve většině případů můžete být propuštěna z nemocnice následující den.

Po propuštění s Vámi bude lékař následně konzultovat výsledky vyšetření, definitivní diagnózu a také prognózu pro další těhotenství.

Předpokládaný prospěch výkonu

Umělé ukončení těhotenství potratem.

Alternativa výkonu

Pokračování těhotenství.

Možná rizika zvoleného výkonu

Poranění dělohy, krvácení, infekce, alergická reakce na podanou látku.

Následky výkonu

Nepředpokládáme.

Souhlas:**Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte**

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu a měla jsem 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.	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 ženy nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

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

Pokud se žena nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se žena nemohla podepsat:

Jak žena projevila svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina