

**PROSTOR ZA NALEPKO**

**/Podatki o pacientu/**

(nalepka mora vsebovati naslednje podatke: priimek in ime; datum in kraj rojstva; prebivališče; ZZS številka zavarovane osebe)

**PRIVOLITEV V ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU  
PREKINITEV ZGODNJE NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI**

**PODATKOVNI DEL**

<b>Pacientka je prejela kopijo podpisane privolitve (ustrezno označi):</b>			<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
<b>Pacientka je prejela izvod pisnega pojasnila (ustrezno označi):</b>			<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
<b>Posebne zahteve (na primer drugačen jezik/ drugačna komunikacijska metoda):</b>				

**POJASNILNI DEL**

(izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki ima primerno znanje o predlaganem posegu oziroma zdravstveni oskrbi)

**1. Razlog obravnave:**

**1.1. Glavna diagnoza (šifra MKB):**

**1.2. Dodatne diagnoze (šifra MKB):**

**2. Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba (kratka obrazložitev):**

**PREKINITEV ZGODNJE NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI**

**2.1. Način izvedbe oziroma potek:**

Pisno pojasnilo v prilogi PREKINITEV ZGODNJE NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI

**2.2. Kakršni koli dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom (ustrezno označi):**

- Transfuzija krvi ali krvnih nadomestkov
- Infuzija tekočin ali aplikacija zdravil za umiritev alergične reakcije   
(v kolikor bi alergična reakcija nastala)

**2.3. Ta postopek bo vključeval (ustrezno označi):**

- 2.3.1. Splošno anestezijo / področno anestezijo / sedacijo (izvaja anesteziolog)
- 2.3.2. Pregled anesteziologa, v kolikor bi nastopila težja alergična reakcija

**3. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti:**

Pisno pojasnilo v prilogi PREKINITEV ZGODNJE NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI

**4. Pojasnilo o alternativah zdravljenja:**

Pisno pojasnilo v prilogi PREKINITEV ZGODNJE NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI

**5. Posledice opustitve predlagane zdravstvene oskrbe:**

Pisno pojasnilo v prilogi PREKINITEV ZGODNJE NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI

**6. Kontaktne podrobnosti (če želi pacient razpravljati o različnih možnostih diagnostike in zdravljenja kasneje):**

[gi-ambs1@sb-nm.si](mailto:gi-ambs1@sb-nm.si)

<b>Izjava pojasnjevalca (ustrezno označi):</b>	
Pacientu sem podrobno razložil vsebino rubrik od 1 do 6:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Pacient je na podlagi vprašanj prejel dodatna pojasnila (če jih je pacient zahteval):	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Priimek in ime pojasnjevalca (tiskano):	
Poklicni naziv pojasnjevalca (tiskano):	
<b>Datum in ura:</b>	<b>Podpis pojasnjevalca:</b>
<b>Izjava prevajalca oziroma tolmača:</b>	
Pacientu sem prevajal oziroma tolmačil zgoraj navedene informacije po svojih najboljših sposobnostih in na način, ki verjamem, da ga je zmožen razumeti.	
Priimek in ime prevajalca (tiskano):	
Poklicni naziv prevajalca (tiskano):	
<b>Datum:</b>	<b>Podpis prevajalca:</b>
<b>Pacientova prepoved</b>	
<b>Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem. Navajam postopke/posege, za katere NE želim, da bi bili izvedeni:</b>	
Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):	
<b>Datum in ura:</b>	<b>Podpis pacienta*:</b>
<b>PRIVOLITVENI DEL</b>	
<b>Pacientova izjava o PRIVOLITVI</b>	
<b>Strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano na tem obrazcu.</b>	
Privolitev dajem <b>svobodno</b> .	
<b>Razumem</b> pomen in posledice privolitve.	
<b>Razumem</b> ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.	
<b>Razumem</b> , da bom imel priložnost, da se pogovorim o anesteziji z anesteziologom pred postopkom, razen če nujnost mojega stanja to preprečuje (to se lahko nanaša le na paciente, ki potrebujejo splošno ali lokalno anestezijo).	
<b>Razumem</b> , da bo kakršen koli postopek poleg teh, navedenih na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.	
Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):	
<b>Datum in ura:</b>	<b>Podpis pacienta*:</b>

\* V primeru zdravstvene oskrbe otroka, pri čemer se za otroka šteje oseba, ki še ni dopolnila 18 let, razen če je že prej pridobila popolno poslovno sposobnost, privolitev podajo njegovi starši ali skrbnik oziroma skrbnica.

## PREKINITEV ZGODNJE NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI

Nosečnost prekinemo z zdravili mifepriston in misoprostol.

Zdravilo je treba uporabljati skrajno previdno, če imate eno od naslednjih bolezni: astmo, aritmijo, slabo delovanje ledvic ali jeter, alergijo na zdravilo, sum na izvenmaternično nosečnost, porfirijo, povišan krvni tlak, srčne bolezni, Raynaudov fenomen, Crohnovo bolezen ali ste slabokrvni.

**Prvi del prekinitve** nosečnosti bo potekal ambulantno, le izjemoma vas bomo sprejeli v bolnišnico. Na pregled morate s seboj prinesiti kartico zdravstvenega zavarovanja, napotnico izbranega ginekologa, izvid hemograma in originalni izvid krvne skupine. Če ste Rh D negativni, vam bomo odvzeli kri za Indirektni Coombsov test (ICT). Po pregledu boste zaužili tabletko mifepristona (200 mg), ki jo boste prejeli v naši ambulanti. Do splava, ki se prične s krvavitvijo, lahko v redkih primernih pride že po zaužitju mifepristona to je v času, ko boste še doma. Ob bolečinah vzemite paracetamol ali nesteroidne antirevmatike. V tem času lahko opravljate redne delovne obveznosti. Če je krvavitev zelo obilna ali začutite neobvladljive bolečine v spodnjem delu trebuha, pridite na pregled v bolnišnico.

**Drugi del prekinitve** nosečnosti bo potekal v bolnišnici. Za sprejem v bolnišnico pridete zjutraj, drugi dan po zaužitju mifepristona. Svetujemo, da doma pojedete lahek zajtrk. S seboj ponovno prinesite originalni izvid krvne skupine. Na oddelku boste prejeli 800 mcg misoprostola v nožnico. Na opazovanju boste ostali od 4-6 ur. Zdravila, ki jih boste dobili, sprožijo krče maternice ter krvavitve, v redkih primerih tudi bruhanje ali drisko. Pri nekaterih nosečnicah se lahko zaradi zdravil pojavijo slabost, zaprtje, bruhanje, občutek napihnjenosti, izpuščaj po koži. Drugi neželeni učinki so zelo redki. Bolečine bomo blažili z zdravili. Krvavitve, ki se pojavijo, so običajno tako močne kot menstruacija, v približno 5 % so močnejše od menstruacije, v 1 % pa so tako močne, da je potrebna kirurška abrazija (»čiščenje« v splošni anesteziji). Med štiriurnim opazovanjem splavi 60 – 70 % nosečnic, ostale splavijo doma po odpustu.

Pred odpustom bomo Rh D negativne nosečnice zaščitili z anti Rh D protitelesi.

Po odpustu priporočamo še tri dni počitka. Še 7 dni lahko pričakujete menstruaciji podobno krvavitev, nato še približno 5 dni rjavega izcedka.

Zaradi prisotnosti zdravil v telesu, ki se popolnoma izločijo v približno mesecu dni, vam odsvetujemo zanositev že v naslednjem ciklusu in svetujemo uporabo zanesljive kontracepcijske metode. Svetujemo uporabo barierne kontracepcije (kondom ali diafragma). O jemanju kontracepcijskih tabletk ali za vstavev materničnega vložka se boste dogovorili z izbranim ginekologom.

**Po 14 do 21 dneh** je nujen pregled pri izbranem, ginekologu, ki bo ugotovil uspešnost postopka. Po sedanjih izkušnjah je uspešnost metode vsaj 95%.

Možno je, da nosečnost kljub poizkusu prekinitve ostane v maternici in še naprej raste. V tem primeru svetujemo kirurško prekinitvev nosečnosti. V maternici lahko ostane del tkiva posteljice in tudi v tem primeru je potrebno kirurško zdravljenje (abrazija).