

PROSTOR ZA NALEPKO

/Podatki o pacientu/

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

PRIVOLITEV V ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU
UMETNA KIRURŠKA PREKINITEV NOSEČNOSTI (UPN)

PODATKOVNI DEL

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

POJASNILNI DEL

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

1. Razlog obravnave: ZAHTEVA ŽENSKE ZA UPN

1.1. Glavna diagnoza (šifra MKB):

1.2. Dodatne diagnoze (šifra MKB):

2. Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba (kratka obrazložitev):
UMETNA KIRURŠKA PREKINITEV NOSEČNOSTI

2.1. Način izvedbe oziroma potek:

Pisno pojasnilo v prilogi UMETNA KIRURŠKA PREKINITEV NOSEČNOSTI

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

3. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti:

Pisno pojasnilo v prilogi UMETNA KIRURŠKA PREKINITEV NOSEČNOSTI

4. Pojasnilo o alternativah zdravljenja:

Pisno pojasnilo v prilogi UMETNA KIRURŠKA PREKINITEV NOSEČNOSTI

5. Kontaktna podrobnosti (če želi pacient razpravljati o različnih možnostih diagnostike in zdravljenja kasneje):

gi-ambs1@sb-nm.si

Izjava pojasnjevalca (ustrezno označi):	
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):	
Datum in ura:	Podpis pojasnjevalca:

Izjava prevajalca oziroma tolmača:	
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):	
Datum:	Podpis prevajalca:

Pacientova prepoved	
Bil sem obveščten o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem. Navajam postopke/posege, za katere NE želim, da bi bili izvedeni:	
Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):	
Datum in ura:	Podpis pacienta*:

PRIVOLITVENI DEL

Pacientova izjava o PRIVOLITVI	
Strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano na tem obrazcu.	
Privolitev dajem svobodno .	
Razumem pomen in posledice privolitve.	
Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.	
Razumem , 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).	
Razumem , 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):	
Datum in ura:	Podpis pacienta*:

* 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.

UMETNA KIRURŠKA PREKINITEV NOSEČNOSTI (UPN)

Poseg opravimo na zahtevo nosečnice do dopolnjenega 10. tedna nosečnosti v kratkotrajni splošni anesteziji. S posebnimi instrumenti razširimo kanal materničnega vratu in nato vsebino maternične votline posesamo s pomočjo aspiratorja. Morebitne zaostale delce nosečnosti odstranimo s posebnim inštrumentom (kireto).

Poseg je hiter (traja nekaj minut), večinoma varen, a ima kot vsak kirurški poseg, možne zaplete:

- neuspešno širjenje kanala materničnega vratu in poškodba materničnega vratu pri širjenju,
- poškodbe maternice in njeno predrtje (pogosteje pri višjih nosečnostih) ter posledično možne poškodbe črevesja,
- neuspešni splavi (pogosteje pri nizkih nosečnostih),
- med posegom ne vidimo v maternično votlino, zato je možno, da ne odstranimo vseh zaostalih delcev nosečnosti - nepopolni splavi z zaostalim tkivom,
- vnetja maternične votline in zarastline v maternični votlini po vnetju,
- zaplete zaradi anestezije (poslabšanje obstoječe sistemske bolezni, alergične reakcije), ki vam jih bo pojasnil anesteziolog.

Posebne okoliščine, ki jih ugotovimo šele med posegom, in v primeru zapleta nas lahko prisilijo, da je poseg potrebno spremeniti ali razširiti, zato Vas prosimo, da nam to tudi dovolite.

Zapleti so pogostejši pri razvojnih nepravilnostih maternice. Včasih je za oskrbo poškodbe maternice potrebno narediti laparoskopijo v poglobljeni splošni anesteziji, sicer zelo redko, v primeru poškodbe črevesja tudi laparatomijo (odprtje trebušne votline z rezom v trebušni steni).

Na vaša morebitna dodatna vprašanja bo natančneje odgovoril operater pred posegom.

Če vse poteka brez zapletov, lahko zapustite bolnišnico v spremstvu svojcev nekaj ur po posegu. Ob odpustu vas bo zdravnik seznanil s potekom posega in vam dal ustrezna navodila.

Alternativa kirurški prekinitvi nosečnosti je prekinitev nosečnosti z zdravili. (Glej prilogo Prekinitev nosečnosti z zdravili).