

Viešojo įstaiga „VILNIAUS GIMDYMO NAMAI“
Tyzenhauzų g. 18A, LT-02106 Vilnius, tel.: +370 5 2623482
Kodas: 124368392

NĖSTUMO PATOLOGIJOS SKYRIUS, tel. +370 5 2695163

PACIENTĖS SUTIKIMAS GIMDOS KAKLELIO APSIUVIMO OPERACIJAI

(gydytojo, atliksiančio operaciją, vardas, pavardė)

(pacientės vardas, pavardė, amžius)

- Gimdos kaklelio sutvirtinimo operacija** – tai gimdos kaklelio sutvirtinimas operaciniu būdu nėštumo pradžioje, siekiant išvengti vėlyvo persileidimo ar priešlaikinio gimdymo.
- Trumpas gimdos kaklelio sutvirtinimo aprašymas**
Pradėjus veikti anestezijai, bus nuvalyti išoriniai lyties organai. Makšties skėtiklių pagalba bus prieita iki Jūsų gimdos kaklelio. Gimdos kaklelis bus nuvalytas, suimtas gimdos kaklelio fiksatoriumi. Gimdos kaklelis bus apsiūtas vienguba arba dviguba siūle.
- Galimos ir svarbios pacientės apsisprendimui dėl sutikimo gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijai komplikacijos:**
 - procedūra susijusi su moters karščiavimu, kuris dažniausiai nesusijęs su infekcija, rizika;
 - gimdos kaklelio apsiuvimas nesusijęs su padidėjusia gimdymo veiklos ar cezario pjūvio operacijos rizika;
 - apsiuvant gimdos kaklelį, retais atvejais galimas šlapimo pūslės, gimdos kaklelio, vaisiaus dangalų pažeidimas ir kraujavimas;
 - apsiuvimas gali būti susijęs su gimdos kaklelio įplyšimu ar kitokiu pažeidimu, jeigu staiga prasidėtų gimdymas, o siūlas būtų nepašalintas;
 - galimos šiai konkrečiai moteriai, įvertinus jos būklę: _____
- Papildomos procedūros, kurių gali prireikti atliekant gimdos kaklelio sutvirtinimą šiai moteriai:**
 - kraujo ir jo komponentų perpylimas;
 - kitos procedūros (nurodyti): gimdos pašalinimas, pažeistų organų (šlapimo pūslės, žarnų, kraujagyslių) susiuvimas,
- Kitos aplinkybės, svarbios pacientės apsisprendimui:**

6. Anestezija – dažniausiai intraveniniu būdu sukeliami bendroji nejautra, bet galimos ir kitokios nejautos rūšys.

7. PACIENTĖS PATVIRTINIMAS

- Aš, pasirašydama šį dokumentą, patvirtinu, kad gydytojas man suprantamai paaiškino apie mano ir vaisiaus būklę, numatomos atlikti gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijos priežastį, esmę, žinomas ir galimas komplikacijas bei kitas svarbias aplinkybes, kurios galėjo turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijos, taip pat galimas pasekmes, jei operacija nebūtų atlikta.
- Aš, pasirašydama šį dokumentą, sutinku ir prašau, kad aukščiau nurodytą operaciją atliktų šios ligoninės gydytojai. Aš žinau, kad gydytojas gali pasikviesti kitų gydytojų asistuoti jam, dalyvauti operacijoje ar atlikti dalį jos.
- Aš suprantu, kad operacijos metu gali būti vartojama skausmą malšinančių medikamentų, kurie gali sukelti mieguistumą ar laikiną kūno dalies aptirpimą.

- Man suprantamai paaiškintos operacijos komplikacijos. Aš žinau, kad atsiradus komplikacijų man bus suteikta kvalifikuota pagalba.
- Aš žinau, kad medicinos mokslas nėra tikslus ir daugelį dalykų sunku numatyti.
- Aš žinau, kad gydytis ligoninėje gali tekti ilgiau, negu buvo numatyta, o gijimas ir nedarbingumas gali tęstis ilgiau, negu tikėtasi.
- Aš žinau, kad turiu pasakyti gydytojams apie visus praeityje buvusius sveikatos sutrikimus, persirgtas ligas, atliktas operacijas, vartotus ir vartojamus vaistus, narkotines medžiagas, alergines reakcijas, genetinį paveldimumą ir kitus man žinomus duomenis, reikalingus tinkamai suteikti sveikatos priežiūros paslaugas. Esu informuota apie pareigą bendradarbiauti su gydytoju, vykdyti jo nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo paskyrimų.
- Aš perskaičiau (ar man buvo perskaitytas) šį sutikimo gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijai tekstą. Aš supratau gydytojo paaiškinimus žodžiu bei šį tekstą ir sutinku, kad man būtų atlikta gimdos kaklelio sutvirtinimo operacija.

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____
Data _____ **laikas** _____

8. GYDYTOJO PATVIRTINIMAS

Aš patvirtinu, kad išsamiai aptariau ir įvertinau su paciente (jos atstovu) gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijos naudą ir riziką, pacientei (jos atstovui) suteikiau pakankamai informacijos, kad apsispręstų dėl siūlomos gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijos.

Gydytojo vardas, pavardė, parašas _____
Supažindinimo data _____ **laikas** _____