

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

NĖŠČIŲJŲ PRIĖMIMO IR GIMDYMO SKYRIUS, tel. +370 5 2695063
NĖŠTUMO PATOLOGIJOS SKYRIUS, tel. +370 5 2695163

PACIENTĖS SUTIKIMAS IŠORINIO VAISIAUS APGRĘŽIMO PROCEDŪRAI

(gydytojo, atliksiančio procedūrą, vardas, pavardė)

(pacientės vardas, pavardė, amžius)

- Išorinis vaisiaus apgręžimas** – procedūra, kurios metu vaisius iš išorės per motinos priekinę pilvo sieną apsukamas į galvos pirmę. Tai saugus ir dažnai sėkmingas metodas, kurį taikant sumažėja cezario pjūvio operacijų skaičius dėl vaisiaus sėdmenų pirmėgos. Išorinis vaisiaus apgręžimas atliekamas 37–40 nėštumo savaitę. Sėkmingos procedūros dažnis yra apie 60 proc., o savaiminio vaisiaus atsivertimo vėl į sėdmenų pirmę po IVA dažnis yra <5 proc.
- Trumpas išorinio vaisiaus apgręžimo procedūros aprašymas**
Ši procedūra atliekama ligoninėje, kur yra galimybė stebėti vaisiaus būklę ir skubiai atlikti cezario pjūvio operaciją atsiradus indikacijų. Prieš procedūrą atliekamas vaisiaus ultragarsinis tyrimas, įvertinama vaisiaus būklė. Jei nėra kliūčių vaisiui apgręžti, ši procedūra atliekama pacientei gulint ant nugaros, lengvai per kelius sulenktomis kojomis. Jeigu gimdos tonusas padidėjęs, kad procedūra būtų sėkmingesnė, gali prireikti medikamentų, mažinančių gimdos tonusą. Gydytojas viena ranka per pilvo sieną suima sėdmenis, kita vaisiaus galvą. Sėdmenys stumiami gimdos dugno link, o galva – dubens link, kol vaisius apgręžiamas. Jei moters kraujo RhD faktorius neigiamas, po procedūros jai skiriama anti-D imunoglobulino. Jei išorinis vaisiaus apgręžimas sėkmingas, gimdoma natūraliai. Jei vaisiaus išoriškai apgręžti nepavyksta, atliekamas cezario pjūvis (skubus arba planinis) arba gimdoma natūraliai sėdmenų pirmę (moters pageidavimu).
- Galimos ir svarbios pacientės apsisprendimui dėl sutikimo davimo išorinio vaisiaus apgręžimo procedūrai komplikacijos:**
 - kardiokotogramos pokyčiai (6,1 proc.);
 - fetomaterninis (vaisiaus–motinos) kraujavimas (0,9 proc.);
 - placentos atšoka (0,08 proc.) ir kraujavimas iš gimdos (0,3 proc.);
 - nutękėję vaisiaus vandenys (0,2 proc.);
 - virkštelės iškritimas (0,06 proc.);
 - vaisiaus žūtis (0,09 proc.);
 - galimos šiai moteriai, įvertinus jos būklę _____
- Papildomos procedūros ir operacijos, kurių gali reikėti atliekant išorinio vaisiaus apgręžimo procedūrą šiai moteriai:**
 - cezario pjūvio operacija;
 - kraujo ir jo komponentų perpylimas;
 - _____
- Kitos aplinkybės, svarbios pacientės apsisprendimui** _____
- PACIENTĖS PATVIRTINIMAS**
 - Aš, pasirašydama šį dokumentą, patvirtinu, kad gydytojas man suprantamai paaiškino apie mano ir vaisiaus būklę, numatomo atlikti išorinio vaisiaus apgręžimo priežastį, esmę, žinomas ir galimas komplikacijas bei kitas svarbias aplinkybes, kurios galėjo turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti išorinio vaisiaus apgręžimo procedūros, taip pat galimas pasekmes, jei procedūra nebūtų atlikta.

- Aš, pasirašydama šį dokumentą, sutinku ir prašau, kad aukščiau nurodytą procedūrą atliktų šios ligoninės gydytojai. Aš žinau, kad gydytojas gali pasikviesti kitų gydytojų asistuoti jam, dalyvauti procedūroje ar atlikti dalį jos.
- Man suprantamai paaiškinta, kad išorinio vaisiaus apgręžimo procedūros metu gali paaiškėti, jog reikia nutraukti procedūrą arba skubiai atlikti cezario pjūvio operaciją. Jei taip atsitiktų, aš sutinku, kad gydytojai patys nuspręstų dėl tolesnio gydymo.
- Aš suprantu, kad procedūros metu gali reikėti vartoti gimdos tonusą mažinančių medikamentų, kurie retais atvejais gali sukelti raumenų mėšlungį, drebulį, galvos skausmą, galvos svaigimą, dažną širdies plakimą, širdies ritmo sutrikimą, burnos ir ryklės dirginimą, nerimą, įtampą, pykinimą, sumažėjusį kraujo spaudimą, sumažėjusį kalio kiekį kraujyje, alergines reakcijas, panašius į dilgėlinę išbėrimus, bronchų spazmą.
- Man suprantamai paaiškinta, kad dėl procedūros komplikacijos galiu nukraujuoti ir gali prireikti perpilti kraują ar jo pakaitalus. Esu supažindinta su rizika. Sutinku, kad kraujas ar jo produktai būtų man perpilti, jei gydytojai nuspręstų, kad tai reikalinga. Aš žinau, kad jei įvyktų komplikacija, man bus suteikta kvalifikuota pagalba.
- Aš žinau, kad medicinos mokslas nėra tikslus ir daugelį dalykų sunku numatyti.
- Aš žinau, kad gydytis ligoninėje gali trukti 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 jų.
- Aš perskaičiau (ar man buvo perskaitytas) šį sutikimo išoriniam vaisiaus apgręžimui tekstą. Aš supratau gydytojo paaiškinimus žodžiu bei šį tekstą ir **sutinku, kad man būtų atlikta išorinio vaisiaus apgręžimo procedūra.**

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____

Data _____ **laikas** _____

7. **Nesutinku, kad man būtų atlikta išorinio vaisiaus apgręžimo procedūra.** Aš buvau informuotas (-a), kad dėl to gali iškilti grėsmė mano ir/ar vaisiaus sveikatai ar gyvybei.

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____

Data _____ **laikas** _____

8. GYDYTOJO PATVIRTINIMAS

Aš patvirtinu, kad išsamiai aptariau ir įvertinau su paciente (jos atstovu) išorinio vaisiaus apgręžimo procedūros naudą ir riziką, pacientei (jos atstovui) suteikiau pakankamai informacijos tam, kad apsispręstų dėl siūlomos išorinio vaisiaus apgręžimo procedūros.

Gydytojo vardas, pavardė, parašas _____

Supažindinimo data _____ **laikas** _____