

Viešojoji 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 SUŽADINTI GIMDYMĄ

Palankiausia situacija nėščiajai, jei gimdymas prasideda savaime. Kartais gimdymą reikia sužadinti vaistais, naudojant specialų kateterį arba praplėšiant vaisiaus vandenų pūsle. Indikacija mano nėštumo užbaigimui:

Aš, _____
(pacientės vardas, pavardė, amžius)

patvirtinu, kad:

1. susipažinau su 2026 m. rugpjūčio 31 d. įsakymu Nr. V-89 patvirtintame Informaciniame lape apie gimdymo sužadinimą nurodyta informacija ir ją supratau.
2. turėjau galimybę užduoti gydytojui klausimus ir gauti į juos atsakymus.
3. gydytojas man suprantamai paaiškino apie mano ir vaisiaus būklę, numatomo gimdymo sužadinimo esmę, žinomas ir galimas komplikacijas bei kitas svarbias aplinkybes, kurios galėjo turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti gimdymo sužadinimo, taip pat galimas pasekmes, jei gimdymo sužadinimas nebūtų atliktas.
4. žinau, kad turiu pasisakyti gydytojams apie visus praeityje buvusius sveikatos sutrikimus, persirgtas ligas, atliktas operacijas, vartotus ir vartojamus vaistus, narkotines medžiagas, alergines reakcijas, genetinį paveldimumą ir kitus man žinomas duomenis, reikalingus tinkamai suteikti sveikatos priežiūros paslaugas. Esu informuota apie pareigą bendradarbiauti su gydytoju, vykdyti jo paskyrimus ir nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo nurodymų.

Įvertinęs (-usi) visą gautą informaciją:

1. sutinku ir prašau, kad man būtų sužadintas gimdymas.
2. žinau, kad medicinos mokslas nėra tobulas (tikslus) ir daugelį dalykų sunku numatyti.

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____

Data _____ laikas _____

- Nesutinku, kad man būtų sužadintas gimdymas. Aš buvau informuotas (-a), kad dėl to gali iškilti grėsmė mano ir/ar vaisiaus sveikatai ar gyvybei.

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____

Data _____ laikas _____

Pastabos.

(Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojo, užpildžiusio formą, vardas, pavardė, pareigos, data ir laikas)