

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

SUTIKIMAS GIMDYMO PRIEŽIŪRAI

(Sveikatos priežiūros specialisto, priimsiančio gimdymą, profesinė kvalifikacija, vardas, pavardė)

Pastaba. Gimdymas dažniausiai yra ilga procedūra, todėl šioje formoje nurodytą specialistą gali keisti kiti tos pačios profesinės kvalifikacijos sveikatos priežiūros specialistai.

Aš, _____
(pacientės vardas, pavardė, amžius)

patvirtinu, kad:

1. susipažinau su 2026 m. rugpjūčio 31 d. įsakymu Nr. V-89 patvirtintame Informaciniame lape apie gimdymą natūraliais takais nurodyta informacija ir ją supratau.
2. turėjau galimybę užduoti gydytojui klausimus ir gauti į juos atsakymus.
3. 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 žinomus 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.
4. man paaiškinta, kad, įvertinus mano sveikatos būklę, man yra galimos šios papildomos komplikacijos:

Įvertinusi visą gautą informaciją:

1. sutinku gimdymo priežiūrai;
2. sutinku, kad gydytojas pasikeitus akušerinei situacijai keistų gimdymo priežiūros taktiką, taikytų reikalingas procedūras ir/ar operacijas, tame tarpe, gimdymo skatinimą oksitocinu, tarpvietės įkirpimą, akušerinių replių ir vakuuminio ekstraktoriaus panaudojimą, placentos atidalinimą ranka ir gimdos reviziją ranka, gimdos instrumentinę reviziją, aktyvią placentinio periodo priežiūrą.
3. sutinku ir prašau, kad anksčiau nurodytą operaciją (procedūrą) atliktų šios klinikos darbuotojai. Aš žinau, kad gydytojas gali pasikviesti kitus gydytojus, dalyvauti operacijoje (procedūroje) ar ją atlikti.
4. suprantu, kad operacijos (procedūros) metu gali būti vartojama skausmą malšinančių medikamentų, kurie gali sukelti laikiną kūno aptirpimą.
5. žinau, kad medicinos mokslas nėra tobulas (tikslus) ir daugelį dalykų sunku numatyti.
6. žinau, kad gydysis ligoninėje gali trukti ilgiau, negu buvo numatyta, o gijimas ir nedarbingumas gali tęstis ilgiau negu tikėtasi.

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____
Data _____ laikas _____

- Atsisakau gimdymo priežiūros šioje medicinos įstaigoje. Aš buvau informuota ir suprantu, kad dėl to aš turiu skubiai vykti į kitą sveikatos priežiūros įstaigą. Suprantu, kad dėl užgaišto laiko gali iškilti grėsmė mano ar vaisiaus sveikatai ar gyvybei.

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____
Data _____ laikas _____

Pastabos. _____

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