**Opća Županijska bolnica Vinkovci**

**Odjel za ginekologiju i opstetriciju**

Ime i prezime pacijentice: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(zakonskog zastupnika ili skrbnika): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum i mjesto rođenja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa stanovanja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MBO /HZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMIRANI PRISTANAK PACIJENTICE ZA NAMJERNI PREKID TRUDNOĆE**

**POSTUPAK NAMJERNOG PREKIDA TRUDNOĆE NA NAŠEM ODJELU OBAVLJA SE**

**OPERATIVNIM ZAHVATOM – INSTRUMENTIMA SE UKLANJA TRUDNOĆA IZ MATERNICE -**

1. **U LOKALNOJ ANESTEZIJI /ANALGEZIJI**
2. **U KRATKOTRAJNOJ OPĆOJ ANESTEZIJI ZA KOJU JE POTREBNO UČINITI PRETHODNU OBRADU /laboratorijski nalazi, EKG, pregled anesteziologa/**

**Što JE NEOPHODNO REĆI LIJEČNIKU – GINEKOLOGU PRIJE ZAHVATA**

1. je li Vam poznato da bolujete od poremećaja metabolizma (npr. šećerne bolesti) ili bolesti ili poremećaja važnijih organa i sustava (npr. krvotoka, srca, jetre, pluća, štitnjače, živčanog sustava)
2. bolujete li od alergije (astma, alergijska hunjavica) ili od preosjetljivosti na lijekove (posebno na jod ili penicilin), plastične mase, flaster, hranu, anestetike?
3. bolujete li od akutne ili kronične zarazne bolesti (npr. hepatitis, HIV/AIDS) ?
4. kod ozljeda ili eventualnih prethodnih krvarenja jeste primijetili pretjerano krvarenje?
5. jesu li rane od ozljeda usporenije cijelile ili su se gnojile?
6. Jeste li ikada imali začepljenje krvnih žila ili uzimate lijekove za srčane ili bolesti krvi ?

**MOLIMO VAS DA TRAŽENE PODATKE ISKRENO PODIJELITE S NAMA**

**KAKO BI MOGUĆE KOMPLIKACIJE ZAHVATA BILE ŠTO MANJE !!!**

**Prekid trudnoće može dovesti do sljedećih komplikacija i posljedica:**

**- tijekom zahvata:** probijanje maternice instrumentima, što zahtjeva naknadni operativni zahvat / laparoskopiju ili otvaranje trbuha/, te zbrinjavanje rane, a u ekstremnom slučaju i uklanjanje maternice uslijed nezaustavljivog krvarenja

**Rane komplikacije:**

* povišena tjelesna temperatura s upalom maternice , jajovoda i jajnika
* krvarenje ako zaostane dio ploda što zahtjeva ponavljanje zahvata
* tromboza i embolija
* može se dogoditi da trudnoća ne bude uklonjene

**Kasne komplikacije:**

* sterilitet zbog upalnih promjena na jajovodima nakon zahvata
* učestali bolovi u zdjelici i ponavljajuće upale
* poremećaj menstrualnog krvarenja
* sklonost pobačajima i prijevremenim porođajima

**Takve komplikacije su rjeđe zbog jednog prekida trudnoće dok su kod ponavljanih prekida češće. Što je trudnoća veća, komplikacije su češće i ozbiljnije.**

Također i neki prateći zahvati mogu dovesti do komplikacija (intravenozna injekcija, transfuzija krvi).Samo iznimno rijetko posebna transfuzija krvi može dovesti do infekcije virusom Hepatitisa B ili virusom HIV-a

 **MOLIMO VAS DA NAS PITATE SVE ŠTO VAM SE ČINI VAŽNIM ZA ZAHVAT !!!!!**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 dr. med., spec.ginekologije i opstetricije

Vlastoručnim potpisom potvrđujem pristanak na zahvat, **o kojem sam informirana i razumijem ga**, te pristanka na zbrinjavanje mogućih komplikacija!

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vinkovci ,dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_.g.
Potpis pacijentice /puno ime i prezime

(zakonskog zastupnika ili skrbnika/puno ime i prezime)