

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

**Добровольное информированное согласие пациента
на самопроизвольные роды с рубцом на матке после кесарева сечения**

«___» _____ 20___ г., «___» часов «___» минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом ФМБА РФ от 30.03.2007 г. №88

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Обращение к пациенту:

Вы должны знать, что существует риск осложнений при любом лечении, проведении медицинских, хирургических процедур (операций). Сама беременность несет в себе определенный риск здоровью, также как существует риск и в повседневной жизни. Нижеследующая Форма разработана для того, чтобы помочь Вам принять добровольное и информированное решение о попытке самостоятельных родов после предшествующего кесарева сечения. Отказ от попытки самостоятельных родов означает выполнение повторного кесарева сечения.

Пожалуйста, обсудите содержание данной Формы с Вашими родными и близкими, Вашим Врачом, остановитесь на каждом пункте и примите решение относительно возможности попытки самостоятельных родов после кесарева сечения или проведения повторного кесарева сечения для рождения Вашего Ребенка.

Фамилия имя отчество Пациента

Подпись Пациента

1. Я понимаю, что у меня было одно или более кесарево сечение
(другие операции на матке _____)
указать название операции

Подпись Пациента

2. Я понимаю, что у меня есть выбор между попыткой самостоятельных родов после кесарева сечения и проведением повторного кесарева сечения (планового или с началом родовой деятельности)

Подпись Пациента

3. Я понимаю, что приблизительно у 70 % женщин, предпринимających попытку самостоятельных родов после кесарева сечения, роды заканчиваются успешно

Подпись Пациента

4. Я понимаю, что риск моему здоровью при проведении повторного кесарева сечения выше, чем при попытке самостоятельных родов. Самостоятельные роды после кесарева сечения имеют меньший риск осложнений, чем повторное кесарево сечение. Преимущества включают естественность самостоятельных родов, уменьшение кровопотери, послеродовых осложнений и более короткий период восстановления

Подпись Пациента

5. Я понимаю, что не всем женщинам удастся завершить роды самостоятельно и что выполнение экстренного кесарева сечения

в родах может сопровождаться некоторым увеличением риска осложнений по сравнению с плановым кесаревым сечением

Подпись Пациента

6. Я понимаю, что существует риск разрыва матки как при беременности, так и при попытке самостоятельных родов после кесарева сечения, который составляет около 1%

Подпись Пациента

7. Я понимаю, что как при повторном кесаревом сечении, так и при проведении попытки самостоятельных родов после кесарева сечения встречаются осложнения, включающие разрыв матки, кровотечение, гнойно – септические осложнения (хориоамнионит, эндометрит), повреждение/ранение внутренних органов (кишечник, мочевого пузыря, мочеточник), проблемы со свертываемостью крови и другие угрожающие жизни состояния, для лечения которых может потребоваться переливание крови и ее препаратов, чревосечение, перевязка маточных и внутренних подвздошных артерий, удаление матки (гистерэктомия) и другие неотложные мероприятия

Подпись Пациента

8. Я понимаю, что возникновение осложнений при попытке самостоятельных родов после кесарева сечения может сопровождаться увеличением риска для здоровья моего ребенка

Подпись Пациента

9. Я понимаю, что в случае отсутствия родовой деятельности или возникновения слабости родовой деятельности, стимуляция или родоусиление окситоцином применяться не будут, а также при ухудшении состояния плода по кардиотокографии (КТГ) в первом периоде родов (до начала потуг) - мне будет предложено кесарево сечение в экстренном порядке, которое будет выполняться на более худших условиях, чем если бы это было плановое кесарево сечение

Подпись Пациента

Возможные противопоказания для попытки самостоятельных родов включают вертикальный или якорный разрез на матке, многоплодие, тазовое предлежание плода, короткий период между родами (менее 2-х лет), крупный плод, выполнение предыдущего кесарева сечения на фоне клинического несоответствия, слабости родовой деятельности и другие (обсудите возможность родов с Врачом особо)

Подпись Пациента

10. Я понимаю, что тактика ведения родов при наличии рубца на матке в нижнем сегменте мало, чем отличается от тактики ведения обычных родов: показания к проведению эпидуральной анальгезии, медикаментозному обезболиванию родов, активное ведение третьего периода родов, рассечение промежности (эпизио – или перинеотомия) при угрозе разрыва промежности или начавшемся разрыве промежности, вакуум – экстракция плода при угрозе развития или развитии асфиксии плода, ручное отделение и выделение последа при плотном прикреплении последа или его частей, ручной контроль полости матки при кровотечении в третьем периоде родов или после родов, возможно с последующим проведением управляемой баллонной тампонады и переходу к хирургическим методам коррекции – чревосечению, перевязке маточных и внутренних подвздошных артерий, удаление матки (гистерэктомия) и другие неотложные мероприятия

Подпись Пациента

11. Я понимаю, что существует риск осложнений, связанных с моими индивидуальными особенностями и обстоятельствами: вписать какими

Подпись Пациента

12. Исключаются из кандидатов на попытку самостоятельных родов после кесарева сечения женщины, отказывающиеся от возможности проведения самостоятельных родов

Подпись Пациента

13. Я прочитала или мне прочитали вышеуказанную информацию и я полностью поняла ее. Нахожусь в здравом уме и памяти. После обсуждения с моим Врачом у меня нет вопросов, я получила всю информацию, необходимую для принятия решения

Подпись Пациента

Я настаиваю на попытке самостоятельных родов после кесарева сечения

или фамилия подпись пациентки дата и время
Я хочу и настаиваю на проведении повторного кесарева сечения

Врач: фамилия подпись пациентки дата и время

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Консилиум врачей в составе:

_____ (должность)	_____ (Ф.И.О., печать врача)	_____ (подпись)
_____ (должность)	_____ (Ф.И.О., печать врача)	_____ (подпись)
_____ (должность)	_____ (Ф.И.О., печать врача)	_____ (подпись)

дата