

## Oxytocinový zátěžový test

### Pacientka (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o oxytocinovém zátěžovém testu. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohla rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je oxytocinový zátěžový test:

Oxytocinový zátěžový test je zákrok, který posuzuje jednak riziko děložní činnosti pro plod, jednak reaktivitu myometria – děložní svaloviny.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem k provedení oxytocinového zátěžového testu je podezření na IUGR – zaostávání růstu plodu, prodloužené těhotenství, podezření na ohrožení plodu nedostatkem kyslíku, podezření na nedostatečnost placenty či suspektní KTG (kardiotokografický) záznam.

### Jaký je režim pacientky před výkonem:

Před výkonem není nutná žádná příprava.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Provedení testu spočívá v zajištění žilního přístupu a aplikaci infuze s látkou vyvolávající děložní kontrakce. Před začátkem testu, v jeho průběhu i po výkonu se sledují ozvy plodu.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- nitroděložní tíseň plodu s nutností okamžitého ukončení těhotenství císařským řezem
- alergická reakce
- vyvolání předčasného porodu

### Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:

Nejsou speciální opatření.

### Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Nejsou žádné možné alternativy výkonu.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla. Lékařem jsem byla poučena o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

Prohlašuji, že mi byly sestrou/porodní asistentkou náležitě objasněny veškeré informace z hlediska ošetrovatelské péče vzhledem k provedenímu lékařskému výkonu.

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacientky nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis sestry/porodní asistentky, která vysvětlující pohovor provedla

**Pacientka není schopna podpisu. Svůj souhlas vyjádřila:**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře