

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 FGR – 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