



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE OBROTU ZEWNĘTRZNEGO PŁODU
Z POŁOŻENIA MIEDNICOWEGO NA GŁÓWKOWE**

Imię i nazwisko matki, płeć dziecka, data urodzenia															
PESEL matki														Numer Księgi Głównej	

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI ZABIEGU

Przed urodzeniem większość płodów układa się w macicy głową do dołu. Pozycja, w której płód układa się pośladkami do dołu nazywana jest położeniem miednicowym. Takie położenie po 37 tygodniu zdarza się w około 3-4 % ciąży. Poród drogami natury w położeniu miednicowym związany jest z większym ryzykiem wystąpienia powikłań u płodu w porównaniu z porodem w położeniu główkowym.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Obrót zewnętrzny płodu (ECV- *external cephalic version*) jest zabiegiem, polegającym na wywieraniu ucisku i wykonywaniu odpowiednich manewrów na brzuchu matki, mającym na celu odwrócenie płodu do położenia główkowego, co zwiększa szansę na przeprowadzenie porodu drogami natury. W przypadku powodzenia procedury, zabieg ten znacznie zwiększa bezpieczeństwo porodu drogami natury oraz pozwala uniknąć wykonania planowego cięcia cesarskiego z powodu położenia miednicowego płodu. Zabieg wykonywany jest po skończonym 37 tygodniu ciąży. Sam zabieg trwa około 10-15 minut. Skuteczność tej metody sięga około 50- 70%.

Przed zabiegiem

- Zabieg jest zazwyczaj wykonywany przez lekarza specjalistę ginekologa-położnika lub innego członka zespołu medycznego przeszkolonego w wykonywaniu obrotów zewnętrznych do położenia główkowego.
- Może Pani omówić wszelkie wątpliwości z lekarzami, którzy będą przeprowadzać zabieg.
- Jeżeli przyjmuje Pani jakieś leki powinna Pani poinformować o tym lekarza.
- Nie należy niczego jeść ani pić co najmniej przez 6 godzin przed zabiegiem.
- Przed zabiegiem zostanie pani poproszona o podpisanie formularza świadomej zgody na wykonanie cięcia cesarskiego (może zajść konieczność wykonania cięcia cesarskiego w przypadku pojawienia się objawów zagrożenia życia płodu).

Podczas zabiegu

Przed zabiegiem podamy Pani dożylnie leki tokolityczne, które mają na celu rozluźnić mięsień macicy. Przed zabiegiem przez około 40 minut będzie miała Pani wykonany zapis kardiograficzny (KTG). Jeśli zapis KTG będzie prawidłowy, wykonane zostanie badanie ultrasonograficzne w celu potwierdzenia położenia płodu.

Podczas zabiegu pacjentka leży płasko na plecach z lekko ugiętymi nogami, następnie lekarze nakładają żel na brzuch i kładą na nim ręce. Płód jest przesuwany do przodu lub do tyłu do momentu, w którym znajdzie się w położeniu głową do dołu. Następnie wykonywane jest kolejne badanie ultrasonograficzne w celu potwierdzenia/wykluczenia położenia główkowego płodu. Po zabiegu ponownie wykonywany jest zapis KTG przez około 40-60 minut. Zabieg może być nieprzyjemny.



**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE OBROTU ZEWNĘTRZNEGO PŁODU
Z POŁOŻENIA MIEDNICOWEGO NA GŁÓWKOWE**

Po zabiegu

Jeżeli ma Pani grupę krwi Rh (–) otrzyma Pani immunoglobulinę anti- RhD w iniekcji domięśniowej w celu profilaktyki wystąpienia konfliktu serologicznego.

3. Po szczegółowej analizie proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

obrót zewnętrzny płodu z położenia miednicowego na główkowe

Celem zabiegu jest odwrócenie płodu do położenia główkowego, co zwiększa szansę na przeprowadzenie porodu drogami natury.

Alternatywne drogi postępowania w przypadku miednicowego położenia płodu

- Kontynuowanie ciąży z miednicowym położeniem płodu i poród drogami natury w położeniu miednicowym (schemat niezalecany z uwagi na istotnie zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań okołoporodowych u płodu).
- Może Pani zdecydować się na wykonanie planowego cięcia cesarskiego.
- Może Pani zdecydować się na kontynuowanie ciąży z miednicowym położeniem płodu, gdyż nieliczne płody mogą nawet po 37 tygodniu ciąży zmienić położenie na główkowe (około 6.6 %); w przypadku przetrwałego położenia miednicowego na cięcie cesarskie można zdecydować się po rozpoczęciu samoistnej czynności skurczowej macicy.

Bezwzględne przeciwwskazania do wykonania obrotu zewnętrznego obejmują:

- Sytuacje, w których wskazane jest wykonanie cięcia cesarskiego (np. łożysko przodujące, klasyczne cięcie cesarskie w wywiadzie);
- Wystąpienie krwawienia z dróg rodnych o nieustalonej przyczynie w ciągu ostatnich 7 dni;
- Nieprawidłowe zapisy kardiotokograficzne (KTG);
- Obecność nieprawidłowości budowy macicy;
- Pęknięte błony płodowe;
- Ciążę wielopłodową.

Przeciwwskazania względne do wykonania obrotu zewnętrznego obejmują występowanie:

- Stanu przedrzucawkowego;
- Małowodzia;
- Nieprawidłowości budowy płodu;
- Stanu po cięciu cesarskim/ usunięciu mięśniaka macicy z otwarciem jamy macicy

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Obrót zewnętrzny do położenia główkowego jest bezpiecznym zabiegiem, jednak jak przy każdym zabiegu istnieje potencjalne ryzyko wystąpienia następujących powikłań:

Po zabiegu w 5% przypadków płód może obrócić się ponownie do położenia miednicowego;

Wystąpienie krótkookresowej bradykardii (4.7 %);

Przeciek płodowo-matczyny (0.9%);

Konieczność wykonania pilnego cięcia cesarskiego (0.34 %);

Krwawienie z dróg rodnych (0.34 %);

Pęknięcie błon płodowych (0.22%);

Przedwczesne oddzielenie się łożyska (0.18%);



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE OBROTU ZEWNĘTRZNEGO PŁODU Z POŁOŻENIA MIEDNICOWEGO NA GŁÓWKOWE

Wypadnięcie pępowiny (0.18%);

Obumarcie płodu (0.2 %) – choć nie wykazano, aby zgony płodów po próbie obrotu zewnętrznego były spowodowane bezpośrednio tym zabiegiem.

Lekarz kwalifikujący do obrotu zewnętrznego zapewni podjęcie odpowiednich środków, zmniejszających ryzyko wystąpienia powikłań.

5. RYZYKO wystąpienia powikłań:

☐ małe

☐ średnie

☐ duże

6. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu u Państwa dziecka jest:

☐ duże

☐ średnie

☐ ograniczone

7. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby zapytali Państwo nas o wszystko, co chcielibyście wiedzieć w związku z planowanym leczeniem waszego dziecka. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Państwa wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza specjalisty zatrudnionego w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Państwa pytania.

ZASTRZEŻENIA RODZICÓW/OPIEKUNA PRAWNEGO CO DO PROPONOWANEGO ZABIEGU:

.....

.

.....

.

8. OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNA PRAWNEGO

- W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią dr..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:
 - rozpoznania
 - proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
 - dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
 - wyników przeprowadzonego zabiegu
 - rokowania
 - ewentualnego leczenia dodatkowego
- Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.
- Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na:
 - próbę przeprowadzenia u mojego dziecka następującego zabiegu: **WYKONANIE OBROTU ZEWNĘTRZNEGO PŁODU Z POŁOŻENIA MIEDNICOWEGO NA GŁÓWKOWE**
 - oraz na ewentualne wykonanie pilnego cięcia cesarskiego, które okaże się niezbędne w razie wystąpienia zagrożenia zdrowia i/lub życia płodu lub mojego.



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE OBROTU ZEWNĘTRZNEGO PŁODU
Z POŁOŻENIA MIEDNICOWEGO NA GŁÓWKOWE**

- Ponadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na proponowany zabieg.
- Oświadczam, że posiadam/ nie posiadam* pełną (ej) zdolność (ci) do czynności prawnych

Data oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg obrotu zewnętrznego płodu. Zostałam poinformowana o możliwych konsekwencjach takiej decyzji.

Data oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	

Podpisanie formularza przez pacjentkę lub jej przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe z powodu:

.....
.....

Data, podpis oraz pieczęć lekarza	
-----------------------------------	--