



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

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZERWANIE CIĄŻY
zgodnie z art. 4a ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności
przerwywania ciąży

Imię i nazwisko pacjentki																			
PESEL												Numer Księgi Główniej							

1. WSKAZANIA DO PRZERWANIA CIĄŻY

.....

.....

.....

.....

co spełnia przesłankę art. 4a ust. 1 pkt. 1, 2, 3 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U.1993.17.78 ze zm.)

- ☐ ciąża stanowi zagrożenie dla życia kobiety ciężarnej;
- ☐ ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia kobiety ciężarnej;
- ☐ badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu;
- ☐ badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu;
- ☐ zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

2. METODY PRZERWANIA CIĄŻY

Po szczegółowej analizie proponujemy przerwanie ciąży polegające na:

.....

.....

.....

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

- Zakończenie ciąży której wynikiem byłoby urodzenie chorego dziecka z wykrytymi nieprawidłowościami.
- W przypadku zagrożenia zdrowia i życia ciężarnej zmniejszenie tego zagrożenia przez wyeliminowanie czynnika obciążającego jakim jest ciąża.

b) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Każda ingerencja medyczna obarczona jest ryzykiem wystąpienia powikłań. Dołożymy wszelkich starań by zapewnić pełne bezpieczeństwo proponowanego zabiegu oraz minimalizację ewentualnych powikłań.

Powikłania związane z przerywaniem ciąży zależą od czasu trwania ciąży oraz sposobu jej zakończenia i mogą między innymi polegać na wystąpieniu:

- nadmiernie obfitego krwawienia,
- zakażenia rany lub błony śluzowej macicy,
- nadmiernej aktywności skurczowej macicy,
- atonii macicy,
- konieczności wycięcia macicy.

c) SKUTKI ODLEGŁE

- Psychologiczne i psychiczne- związane z podjęciem decyzji.
- Upośledzenie płodności w przypadku wystąpienia powikłań.



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

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZERWANIE CIĄŻY
zgodnie z art. 4a ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności
przerwywania ciąży

d) RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

☐ *małe*

☐ *średnie*

☐ *duże*

4. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

☐ *duże*

☐ *średnie*

☐ *ograniczone*

5. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA

Oczekiwanie na poród.

6. KONSEKWENCJE ODMOWY

Niewykonanie procedury.

7. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym przerwaniem ciąży. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego przerwania ciąży oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

8. ZGODA PACJENTKI

- 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 udzielonych informacji.
- Znane mi są możliwe powikłania związane z przerwaniem ciąży.
- **Proszę o wykonanie zabiegu przerwania ciąży:**

- Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości odstąpienia od mojej zgody.
- Oświadczam także, iż posiadam/nie posiadam* pełną(ej) zdolność(ci) do czynności prawnych.

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



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

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZERWANIE CIĄŻY
zgodnie z art. 4a ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności
przerywania ciąży

Nie zgadzam się na przerwanie ciąży. Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia/dla zdrowia i życia mojego dziecka.

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

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

.....

.....

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

Potwierdzenie decyzji o przerwaniu ciąży w obecności lekarza dokonującego przerwania

Data i godzina		
Podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	Podpis oraz pieczęć lekarza	