

Opća bolnica u Puli, Djelatnost za ginekologiju i porodništvo**INFORMIRANI PRISTANAK NA PREKID TRUDNOĆE
(ABORTUS) U PRVOM TROMJESEČJU**_____
/Ime i prezime/_____
/Datum rođenja/_____
/Adresa boravka/_____
/Telefon/

- Razumijem da je od velikog značenja iznijeti sve podatke o preboljelim bolestima, uključujući spolno prenosive bolesti, alergije, te lijekove ili droge uzete unutar posljednjih četrdeset i osam sati, kako bi liječnici mogli donositi odgovarajuće odluke. Ovom prigodom posebno ističem da bolujem od

BOLESTI: _____, uzimam

LIJEKOVE _____, te sam

ALERGIČNA na sljedeće tvari i lijekove: _____

- Suglasna sam s davanjem uzoraka krvi koji su potrebni za moje zbrinjavanje. Uz to, razumijem da će produkte trudnoće koji se odstrane abortusom bolnica disponirati na odgovarajući način.
- Pristajem da se radi kontrole boli i relaksacije tijekom procedure primijene sedativi i analgetici (lijekovi koji relaksiraju i umanjuju bolove) koji mogu izazvati nuspojave kao što su povraćanje, glavobolja, prolazna slabost i slabljenje koordinacije mišića, te privremeni gubitak svijesti. Razumijem da se prilikom primjene tih lijekova mogu javiti manje komplikacije kao što je upala na mjestu uboda injekcijske igle /upala vene/, ali (premda vrlo rijetko) i ozbiljne reakcije poput anafilaktičkog šoka, koje mogu zahtijevati intenzivnu terapiju.
- Shvaćam da **i onda kada proceduru abortusa liječnik izvodi prema pravilima struke može biti komplikacija** kao što su laceracija (rastrgnuće) vrata i/ili perforacija maternice, krvarenje, te reakcije na medikamente. Osim toga, razumijem da nakon abortusa žena može krvariti i imati bolove zbog postabortalnog sindroma (nakupljanje krvi i ugrušaka u maternici) ili nekompletnog pobačaja. Tada je ponekad nužno ponoviti kiruršku proceduru.
- Svjesna sam da **abortus nosi rizike infekcije maternice** koja se može proširiti na jajovode i umanjiti reproduktivnu sposobnost, te da prekid trudnoće nosi i značajan rizik emocionalnih problema.
- Upozorena sam da nakon abortusa **neću biti u stanju voziti automobil pri povratku kući**, niti obavljati nikakav rad koji zahtijeva punu mentalnu aktivnost tijekom iduća dvadeset i četiri sata.

U slučaju komplikacija koje zahtijevaju hitne postupke ovlašćujem djelatnike bolnice da

kontaktiraju _____

/Ime i prezime/_____
/Adresa/_____
/Telefon/

Potvrđujem da sam pročitala i shvatila informacije o komplikacijama koje su iznesene u ovom dokumentu, te da prihvaćam navedene rizike. Svjesna sam da je svrha procedure koju tražim prekid moje trudnoće. To je moja osobna odluka i donijela sam je bez ikakve prisile.

/Potpis/_____
/Datum/