Polski

Informacja dla pacjentki i oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie farmakologicznego przerwania ciąży przy użyciu leków Mifegyne® / Cyprostol®

Data:

Pacjentka:

Ulica, numer:

Miejscowość:

Potwierdzam, że zostałam szczegółowo poinformowana przez lekarza prowadzącego o planowanym farmakologicznym przerwaniu ciąży z zastosowaniem leków Mifegyne® i Cyprostol®. Nie mam dalszych pytań.

Farmakologiczne przerwanie ciąży:
Mifegyne® zawiera mifepriston – lek antyprogestagenowy, który blokuje działanie progesteronu.
Progesteron to hormon niezbędny do utrzymania ciąży. Lek Mifegyne® stosuje się zatem w celu wywołania przerwania ciąży. Ponadto powoduje on zmiękczenie i otwarcie szyjki macicy (wejścia do macicy).
Cyprostol® (stosowanie poza wskazaniami rejestracyjnymi / off-label): pobudza mięśnie macicy i powoduje zmiękczenie szyjki macicy. Dlatego często stosuje się go w połączeniu z lekiem Mifegyne® w celu przerwania ciąży.

Mam świadomość, że po przyjęciu leku Mifegyne® natychmiast rozpoczyna się proces przerywania ciąży, którego nie można już odwrócić.

• Poinformowano mnie, że w rzadkich przypadkach (ok. 15%) leczenie może okazać się nieskuteczne lub przynieść jedynie częściowy efekt. W takiej sytuacji może zaistnieć konieczność dokończenia procesu przerywania ciąży poprzez tzw. zabieg uzupełniający (łyżeczkowanie/zabieg chirurgiczny) lub podanie drugiej dawki prostaglandyny. • Poinformowano mnie o możliwej metodzie alternatywnej, a mianowicie o zabiegowym zakończeniu ciąży metodą aspiracji próżniowej lub łyżeczkowania, oraz szczegółowo omówiono ze mną zalety i wady obu metod.

• W przypadku, gdyby mimo przyjęcia leków ciąża nadal się utrzymywała, a ja zdecydowałabym się na jej donoszenie, jestem świadoma, że nie można wykluczyć ryzyka zdrowotnego dla płodu i że ciąża będzie wymagała ścisłego monitorowania.

Przebieg leczenia: Farmakologiczne przerwanie ciąży wewnątrzmacicznej do 9. tygodnia i 0. dnia ciąży (9+0) odbywa się poprzez przyjęcie w placówce 600 mg leku Mifegyne®, a następnie – po 48 godzinach – poprzez podanie 4 tabletek leku Cyprostol® (2 tabletki należy rozpuścić w ustach, a 2 wprowadzić głęboko do pochwy).
Zrozumiałam, w jakim momencie i w jaki sposób należy stosować oba (różne) leki.

Wiedeń
Pieczątka (gabinetu) **Podpis pacjentki**

Chociaż leki Mifegyne® i Cyprostol® są zazwyczaj dobrze tolerowane, w rzadkich przypadkach mogą wystąpić działania niepożądane. Do najczęstszych działań niepożądanych należą: nudności, wymioty, biegunka, skurcze macicy, bóle skurczowe, infekcja będąca następstwem przerwania ciąży oraz – w około 5% przypadków – silne krwawienie. W przypadku utrzymujących się dolegliwości dołączono receptę na leki łagodzące skutki uboczne. Pełne informacje znajdują się w ulotce dołączonej do opakowania.
W razie utrzymujących się dolegliwości lub silnego krwawienia należy wezwać pogotowie ratunkowe lub udać się do najbliższego szpitalnego oddziału pomocy doraźnej.

• Jestem świadoma, że po przyjęciu lub zastosowaniu leków mogą wystąpić niepożądane skutki uboczne. Zostałam poinformowana o tym, jakie mogą to być skutki, jak mogę im przeciwdziałać oraz w jakich sytuacjach powinnam niezwłocznie skonsultować się z lekarzem.

Ponadto potwierdzam, że nie stwierdzono u mnie nadwrażliwości na substancję czynną ani inne składniki leku, oraz że nie cierpię na żadną z poniższych chorób:

• Przewlekła niewydolność kory nadnerczy
• Ciężka, niekontrolowana farmakologicznie astma
• Wrodzona porfiria
• Niewydolność wątroby lub nerek

Niniejszym potwierdzam, że zgłoszę się na wizytę kontrolną do gabinetu około 2 tygodnie po zakończeniu leczenia.

Miejscowość, data Podpis pacjentki

Niniejszym potwierdzam, że lekarz dr Franz Wierrani przeprowadził ze mną rozmowę informacyjną. Potwierdzam również, że przeczytałam i zrozumiałam niniejszą informację dla pacjentki oraz oświadczenie o wyrażeniu zgody i nie mam dodatkowych pytań.
W związku z tym wyrażam wyraźną zgodę na farmakologiczne przerwanie ciąży.

Miejscowość, data Podpis pacjentki

Podpis lekarza