**SUGLASNOST KOJOM SE PRIHVAĆA / NE PRIHVAĆA**

**CERCLAGE**

Ime i prezime pacijenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rođenja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa stanovanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MBO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime, srodstvo, zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika za pacijente koji nisu pri svijesti, za pacijente s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERCLAGE**

**INSUFICIJENCIJA (PRIJEVREMENO OTVARANJE) UŠĆA MATERNICE U TRUDNOĆI**

**Poštovana,**

Zahvat koji vam savjetujemo traži Vaš pismeni pristanak. Da biste se mogli odlučiti,

potrebno je da pročitate ovaj list i da Vam liječnik, nakon toga, objasni sve nejasnoće u razgovoru, kako o bolesti, tako i o zahvatu (njegovom značenju, načinu izvođenja i mogućim posljedicama i rizicima).

DOBROBIT- RAZLOG VRŠENJA POSTUPKA

Kod Vas je nakon prethodno učinjenih dijagnostičkih postupaka (ginekološki pregled i/ili ultrazvučno procijenjena duljina, oblik i otvorenost ušća maternice) utvrđeno da se radi o nedostatnosti ušća maternice da iznese sadašnju trudnoću do termina, odnosno do perioda kada je Vaše dijete sposobno za život izvan maternice.

Liječenje je dakle neophodno potrebno te u Vašem slučaju savjetujemo operativni postupak.

Prethodno će se ultrazvučnim pregledom isključiti malformacije ploda u okviru dijagnostičkih mogućnosti u tom periodu trudnoće. Prije planiranog zahvata radit će se krvna slika, a preduvjet za zahvat je nepostojanje infekcije te se radi mikrobiološka obrada obriska cerviksa.

Da bi se učinio zahvat potrebno je ležanje u bolnici.

Operacija se izvodi u općoj anesteziji. S pojedinostima i specifičnim rizicima anestezije će Vas upoznati anesteziolog. Zahvat se izvodi tako da se jedan kružni šav postavi na ušće maternice i stegne kako bi ga se zatvorilo i spriječilo prijevremeno otvaranje.

RIZICI KOD POSTUPKA

Uspjeh liječenja i apsolutno odsustvo rizika ne može jamčiti niti jedan liječnik. Općenite opasnosti liječničkih zahvata, npr. tromboze (stvaranje krvnih ugrušaka), embolije (začepljenje krvnih žila pokrenutim krvnim ugrušcima), krvarenja za vrijeme

ili nakon operacije i infekcije su zahvaljujući napretku medicine postale mnogo rjeđe.

Također kada se pojave možemo mnogo više učiniti nego ranije. U pravilu zahvat prolazi bez komplikacija. Unatoč najvećoj pažnji nekad se ne može izbjeći prsnuće plodovih ovoja te posljedično otjecanje plodove vode, a time i potreba prekida trudnoće. Usprkos davanju lijekova za sprječavanje trudova ponekad se oni mogu pojaviti. Svaki zahvat pa tako i ovaj, može pratiti infekcija, što zahtjeva primjenu antibiotika, a u izuzetno rijetkim slučajevima i prekid trudnoće.

Pretrage i liječenje prije zahvata (npr. srca i krvotoka), nuzzahvati (npr. infuzije i transfuzije krvi) te liječenja poslije zahvata mogu biti povezani s rizicima.

Na ovaj način pismeno je dan samo općeniti pregled, a u razgovoru s liječnikom rasvjetljavaju se pobliže bolest i značenje prijašnjih i pratećih bolesti kao i životne

dobi na liječenje.

**Na što treba paziti nakon operacije ?**

Mirovanje u bolnici i nakon dolaska kući. U slučaju bolova u trbuhu, otjecanja plodove vode, iscjetka, vrućice svakako se javite liječniku. Dolazite na redovite kontrole kako Vam je preporučio Vaš ginekolog.

ZAMJENSKI POSTUPCI

Nema ih.

Izjavljujem slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom/terapijskom postupku koji sam dobio/la u pisanom obliku isti postupak **prihvaćam**.

Potpis bolesnika/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izjavljujem slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom/terapijskom postupku koji sam dobio/la u pisanom obliku isti postupak

**ne prihvaćam**.

Potpis bolesnika/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis i faksimil odgovornog doktora

medicine za obavljanje postupka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Našice, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.