

PIELIKUMI

Pielikums Nr.1.

LABOR INDUCTION CONSENT

When labor does not start on its own, your doctor or midwife might suggest starting labor using medical treatment. This is called "labor induction." There are many reasons why a woman may need a labor induction. In some cases, labor induction needs to be done right away. For example:

- it is one or more weeks past your due date
- you are having medical problems that put you or your baby at risk. The reason could be things such as high blood pressure, diabetes, early rupture of bag of waters.
- your baby or babies may be small or the amniotic fluid is too low.

If there is no medical reason to start labor, it is called a "non-indicated induction." It is less common to do non-indicated inductions.

YOUR LABOR INDUCTION

The length of labor depends on how dilated or "ripe" your cervix is to begin with. In general, the more dilated you are, the quicker your labor will be. If you have had a baby before, labor may be faster for you.

If your cervix is already fairly dilated, your doctor or midwife may start by breaking the bag of waters. If your cervix is not ripe, we may try a procedure to soften and possibly start to dilate your cervix. This is called "cervical ripening." Sometimes, the ripening process will start your labor.

Labor induction is usually done with a medicine called oxytocin, or Pitocin®. We start by giving you a small amount of medication. While you are getting this medication, we check the baby's heart rate and your contractions often. We will gradually increase the amount of medication until your contractions are 2 to 3 minutes apart.

WHAT ARE THE RISKS OF LABOR INDUCTION?

It is important to know there is a chance that something unexpected may happen. You need to think about these risks along with the reasons for a labor induction.

Some of the risks are:

- More labors started with induction end up with a cesarean section ("C-section") than labors that start on their own. This is especially true if this is your first baby
- Labors started by Induction are usually longer
- Infection in the mother or baby
- All medications have risks. For example, contractions may come too fast and affect the baby's heart rate. This is why it is necessary to keep a close watch of your baby's heart rate during labor induction.

If you are considering a non-indicated induction, the risks may outweigh the possible benefits, especially if this is a first time labor.

INDICATION FOR INDUCTION

GDM IUGR PROM Oligohydramnios Preeclampsia HTN/Gestational HTN Abnormal Antepartum Testing

Not Medically Indicated Other (please state) _____

EDD: _____ BISHOP SCORE: _____ Scheduled Date of Induction: _____

I have read the above information, and I've had the chance to ask my practitioner questions. My provider discussed the risks and benefits of induction and alternative treatment, including non-treatment options. All of my questions have been answered to my satisfaction. I wish to proceed with the induction.

Patient Signature or Patient Representative

Date

Relationship to patient: _____

Witness Signature

Date



Consent for Labor Induction

A1159  (09/2013)

Provider References

Medical Indications:

PREECLAMPSIA	Preeclampsia
POST DATES	Gestational age of 41 weeks completed or higher
ISOIMMUNIZATION	Development of antibodies in response to isoantigens
IUGR	Intrauterine growth restriction
FETAL ANOMALIES	Fetal malformation or abnormal development
PROM	Premature rupture of membranes
OLIGOHYDRAMNIOS	Low amniotic fluid level
Fetal Demise	Fetus has died in utero
Abnormal Antepartum testing	NST, CST, BPP, Doppler Velocimetry
Elective	not medically indicated, patient request
Chorioamnionitis	Inflammation of fetal amniotic membranes caused by infection
DM	Diabetes Mellitus
GDM	Gestational Diabetes Mellitus
HTN	Hypertension (high blood pressure)

BISHOP SCORING SYSTEM (Bishop, 1964)

Score	Dilation (cm)	Effacement (%)	Station	Consistency	Position of Cervix
0	Closed	0-30	-3	Firm	Posterior
1	1-2	40-50	-2	Medium	Midposition
2	3-4	60-70	-1, 0	Soft	Anterior
3	Equal to or greater than 5	Equal to or greater than 80	+1, +2		

CONSENT FORM FOR ELECTIVE INDUCTION OF LABOR

("elective" means that the induction of labor is being done without medical indications)

I hereby authorize Dr _____ and/or other medical staff, including medical students and residents and fellows in training of the physician's choice, to perform upon _____ (patient's name) _____ an elective induction of labor and any other surgical or diagnostic procedures that may be required to complete the delivery of my baby. I have discussed the risks and benefits of this procedure with my physician. I accept the risks of the procedure as opposed to allowing labor to begin spontaneously at a later date.

PLEASE INITIAL EACH PARAGRAPH. IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE ASK THE DOCTOR BEFORE INITIALLING

The established risks of elective induction of labor are:

_____ An increased risk of the need for cesarean birth (surgical abdominal birth). This risk is greater if this is your first pregnancy at term, and if your body has not yet prepared the cervix (opening of the uterus) for labor.

_____ Risk that the induction will not establish labor. I have discussed this risk with my physician and I understand that if the induction does not result in labor, I may be released to my home when it is safe for me and my fetus to do so.

_____ I have also discussed the use of cervical "ripening agents" with my physician and I understand their separate risks of:

a. Too many contractions of the uterus to the point that my fetus may become unstable and require emergency delivery, either vaginally or by cesarean birth.

b. I also understand that rarely the uterus may rupture under these circumstances and cause the death of my fetus and severe bleeding, long-term complications or death to myself.

_____ I understand that if I have a cesarean birth, I am likely to require cesarean births for all future children I may deliver. I understand that each cesarean birth will carry the risks associated with surgical abdominal birth. I understand that certain risks of these following cesarean births also exist.

_____ An increased risk that instruments (forceps or vacuum extractor) may be used to accomplish a vaginal delivery, if necessary.

_____ I acknowledge that there may be an increased risk for the need of blood transfusion, and I give my full consent to receive blood and blood products as necessary *unless specifically stated here:* _____

_____ I have discussed the risks associated with various drugs and anesthetic techniques that may be used to reduce the pain associated with labor and delivery, either vaginally or by cesarean birth, and I understand and accept these risks.

_____ I understand the nature and the purpose of these procedures. The risks, benefits, possibility of complications, as well as expected results and medical alternatives, have been explained to me by my physician.

_____ I understand the consequences of refusing the recommended procedure(s). These consequences have been explained to me by my physician.

_____ I have been given the opportunity to ask questions and these questions have been answered to my satisfaction.

_____ I can refuse this procedure without jeopardizing any current or future medical treatments.

_____ I acknowledge that no guarantees have been given to me regarding the results of this or other necessary procedures during my care.

_____ I have read the information entitled: _____ (place name of patient educational brochure here) _____ AND I UNDERSTAND THE RISKS AND BENEFITS OF THE PROCEDURE. _____ (initials)

MY SIGNATURE BELOW ACKNOWLEDGES THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THIS CONSENT AND THAT ALL MY QUESTIONS ABOUT THE PROCEDURE(S), ALTERNATIVE PROCEDURE(S), AND RISKS OF EACH HAVE BEEN ANSWERED IN LANGUAGE THAT I UNDERSTOOD.

Signature of patient _____ Date _____ Time _____

I have explained the procedure(s), alternatives, and risks to the person(s) whose signature(s) are affixed above:

Physician's Signature _____ Date _____ Time _____

Signature of Witness _____ Date _____ Time _____

INDUCTION SCHEDULING AND CONSENT FORM

Please send to Summa Health System Labor and Delivery (fax 330-375-3026)

Today's Date: _____ Induction Date: _____ Physician: _____

Patient Name: _____ Phone #: _____ Birthdate: _____

G/P: _____ EDC: _____ GA@ induction start _____ Estimated Fetal Weight: _____

REASON FOR INDUCTION:

<input type="checkbox"/> Medically Indicated Induction This means inducing labor is helpful for mother's health or baby's health. Please state reason: <input type="checkbox"/> PPROM <input type="checkbox"/> Fetal Demise <input type="checkbox"/> Abruption Placenta <input type="checkbox"/> Chorioamnionitis <input type="checkbox"/> Post term pregnancy (> 41 weeks) <input type="checkbox"/> Gestational Hypertension <input type="checkbox"/> Preeclampsia/eclampsia <input type="checkbox"/> Maternal medical condition: List _____ _____ <input type="checkbox"/> Fetal Compromise: List _____ _____	<input type="checkbox"/> Elective Induction. This means optional, not necessary for mother's or baby's health. The American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) recommends that elective inductions are at least 39 weeks when the induction starts. Select reason: <input type="checkbox"/> Distance from hospital <input type="checkbox"/> History of fast labor <input type="checkbox"/> Psychosocial: List _____ *For elective inductions, at least one of the gestational age criteria should be met, or fetal lung maturity should be established. A mature fetal lung test before 39 weeks of gestation, in the absence of appropriate clinical circumstances, is not an indication for delivery (ACOG Practice Bulletin, #107, 2009). Confirmation of Term Gestation <input type="checkbox"/> Ultrasound measurement at less than 20 weeks of gestation supports gestational age of 39 weeks or greater <input type="checkbox"/> Fetal Heart Tones have been documented as present for 30 weeks by Doppler ultrasonography <input type="checkbox"/> It has been 36 weeks since a positive serum or urine HCG pregnancy test result Amniocentesis Results: _____
--	---

The scheduling of inductions is based on reason for the induction. See reverse for induction scheduling guidelines. If there are insufficient beds available to safely accommodate an elective induction, you and your physician will be notified and the induction may be delayed.

BISHOP SCORE (CIRCLE SCORE FOR EACH FEATURE AND TOTAL BELOW)

Score	0	1	2	3
Feature				
Dilatation (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Effacement (%)	0-30	40-50	60-70	80
Station	-3	-2	-1, 0	+1
Consistency	Firm	Medium	Soft	
Position	Posterior	Middle	Anterior	

Total Score* _____ *If your Bishop Score is less than 8 and you have never had a baby before, there is a two-fold increased risk of Cesarean Section. If the total score is greater than 8, the likelihood of vaginal delivery after labor induction is similar to spontaneous labor. (ACOG Practice Bulletin, #107, 2009).

My physician will be using Cytotec Pitocin Foley Bulb

PATIENT INDUCTION CONSENT:

I have discussed the need, risks and benefits of induction with my physician/midwife. I understand why I am being induced. I understand my Bishop score. I have been advised of the reasonable alternatives, possible consequences of remaining untreated, and risks and possible complications of each alternative, including death of myself and/or my baby. In particular, with induction, there is a potential for a longer labor and increased chance of Cesarean Section. If elective induction and I am less than 39 weeks, my baby may be at higher risk to need help breathing (ventilator) and/or a higher level of care (NICU/Special care nursery). I understand the information that has been presented to me regarding the induction of labor and all my questions have been answered.

Patient Signature _____ Date _____ Time _____

Guardian Signature (if applicable) _____ Date _____ Time _____ Relationship _____

PHYSICIAN/MIDWIFE ATTESTATION:


I affirm that prior to performing this induction that I have discussed with the patient risks, benefits, and alternatives (and relevant risks, benefits and side effects related to alternatives or not receiving care) potential problems related to recuperation and likelihood of success of the induction.

Physician/Midwife (print) _____ Signature _____ Date _____ Time _____

LABEL AREA



90252585 (4/12)

INDUCTION SCHEDULING AND INFORMED CONSENT				
INDUCTION SCHEDULING:				
Today's Date: _____		Date of Induction: _____		
Physician: _____		Type of Induction Planned: _____		
Patient Name _____		Age _____	Phone number _____	G ____ P ____ A ____ L ____
Gestational Age determined by: <input type="checkbox"/> US less than 20 weeks <input type="checkbox"/> US greater than 20 weeks <input type="checkbox"/> LMP <input type="checkbox"/> Other _____				
Date of last Ultrasound: _____		Gestational Age at Induction: _____ EDC _____		
Reason for Induction: (Circle appropriate diagnosis below)				
Level 1 Gestational Hypertension Preeclampsia/Eclampsia Abruptio placenta Bleeding D/T Marginal Placental Previa Non-Reassuring fetal testing Maternal Medical Conditions Fetal Compromise (IUGR) Oligohydramnios Postdates greater than 42 weeks Blood group sensitization Fetal Hydrops Chorioamnionitis PROM	Level 2 Macrosomia (EFW greater than 4500 gms) Postdates (41-42 weeks) Gestational Diabetes IUGR-reassuring testing Fetal Demise History of HSV Multiples	Level 3 Elective Gestational Age greater than or equal to 39 weeks. History of rapid delivery Distance from hospital Term with a favorable cervix Psychological Factors Positive GBBS with a favorable cervix		
Required Supporting Clinical Indications _____				
BISHOP SCORE (Circle score for each feature and total below)				
Score	0	1	2	3
Feature				
Dilatation (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Effacement (%)	0-30	40-50	60-70	80
Station	-3	-2	-1,0	+1
Consistency	Firm	Medium	Soft	
Position	Posterior	Middle	Anterior	
Total Score: _____				
With a Bishop Score of less than or equal to 8, there is an increased rate of Cesarean Section in nulliparous women. If the total score is greater than 8, the probability of vaginal delivery after labor induction is similar to that of spontaneous labor.				
INDUCTION INFORMED CONSENT:				
My physician has discussed the need, risks and benefits of an induction. I have been advised as to the reasonable alternative, possible consequences of remaining untreated, and risks and possible complications of each alternative. In particular, with induction, there is a potential for a longer labor and increased chance of Cesarean Section. I understand the information that has been presented to me regarding the induction of labor and all my questions about the induction have been answered.				
My physician has discussed the risks, benefits and alternatives of a scheduled delivery of my baby at 36 0/7-38 6/7 weeks.				
Patient Signature _____		Date _____	Time _____	
Guardian Signature (if applicable) _____		Date _____	Time _____	Relationship _____
Physician Printed Name _____		Date _____	Time _____	
Physician Signature _____		Date _____	Time _____	
Please FAX to MCW/MCE/MCSA CPN Fax Server (614) 234-8128 Date Fax _____				
 DT0114 Mount Carmel, Columbus, Ohio		NAME _____ DOB _____ MR # _____ FAN # _____		
Induction Informed Consent and Scheduling Form Consent 106-11-08 (reorder PS)				

Informācija pacientam par dzemdību indukciju ar
prostaglandīnu *Misoprostol* (*Cytotec*)

Jums tiek piedāvāta dzemdību ierosināšana ar medikamentu *Misoprostol*, kas ir efektīvāka, kā parastās dzemdību ierosināšanas metodes, veicinot dzemdību atrisināšanu 24 stundu laikā.

Latvijā *Misoprostol* nav reģistrēts kā medikaments dzemdību ierosināšanai, bet pasaulē tas tiek plaši pielietots.

Medikaments *Misoprostol* var ierosināt straujāku dzemdību darbību, tāpēc nepārtraukti tiks rūpīgi kontrolēta jūsu dzemdes aktivitāte un bērna labsajūta.

Pirms dzemdību ierosināšanas ar medikamentu *Misoprostol* sniegsim atbildes uz jūsu jautājumiem.

Ārsta vārds, uzvārds _____ Paraksts _____

Pacienta piekrišana dzemdību indukcijai ar *Misoprostol*.

Esmu saņēmusi informāciju no ārsta par dzemdību ierosināšanu ar medikamentu *Misoprostol* un iespējamiem sarežģījumiem.

Piekrītu dzemdību ierosināšanai izmantot medikamentu *Misoprostol*.

Pacientes:

Vārds, uzvārds _____ Paraksts _____

Datums: _____

‘Informēta piekrišana dzemdību indukcijai’

Vārds Uzvārds _____ Personas kods _____

Iemesls dzemdību indukcijai _____ Vēstures numurs _____

Diagnoze _____

Es _____ (Vārds, Uzvārds) ar savu parakstu apliecinu, ka piekrītu izvēlētai indukcijas metodei. Par iespējamiem riskiem un sarežģījumiem izmantojot vai neizmantojot doto indukcijas metodi esmu brīdināta. Ar informatīvu materiālu iepazīnos.

Datums. Laiks:	Bišopa skalas baļļu skaits:	Pielietota indukcijas metode:	Pacientes paraksts:
__ . __ . __ . pl: __ : __		Balonkatetrs	
__ . __ . __ . pl: __ : __		PGE1 Misoprostols	
__ . __ . __ . ; pl: __ : __		PGE2 Gēls	
__ . __ . __ . pl: __ : __		Amniotomija	
__ . __ . __ . pl: __ : __		Oksitocīns	

Datums _____

Ārsta paraksts _____

Bišopa skala. Laiks _____	Balles			
Parametrs	0	1	2	3
Atvērums (cm)	<1	1-2	3-4	>4
Garums (cm) / Saīsināšanas (%)	>3 (0-30%)	2-3 (40-50%)	1-2 (60-70%)	<1 (80%)
Priekšguļošās daļas pozīcija	-5 līdz -4	-3 līdz -2	-1	-
Konsistence	Blīva	Vidēja	Mīksta	-
Novietojums	Sakrāls	Centrāls	Uz priekšu	-

Bišopa skala. Laiks _____	Balles			
Parametrs	0	1	2	3
Atvērums (cm)	<1	1-2	3-4	>4
Garums (cm) / Saīsināšanas (%)	>3 (0-30%)	2-3 (40-50%)	1-2 (60-70%)	<1 (80%)
Priekšguļošās daļas pozīcija	-5 līdz -4	-3 līdz -2	-1	-
Konsistence	Blīva	Vidēja	Mīksta	-
Novietojums	Sakrāls	Centrāls	Uz priekšu	-

Bišopa skala. Laiks _____	Balles			
Parametrs	0	1	2	3
Atvērums (cm)	<1	1-2	3-4	>4
Garums (cm) / Saīsināšanas (%)	>3 (0-30%)	2-3 (40-50%)	1-2 (60-70%)	<1 (80%)
Priekšguļošās daļas pozīcija	-5 līdz -4	-3 līdz -2	-1	-
Konsistence	Blīva	Vidēja	Mīksta	-
Novietojums	Sakrāls	Centrāls	Uz priekšu	-

Bišopa skala. Laiks _____	Balles			
Parametrs	0	1	2	3
Atvērums (cm)	<1	1-2	3-4	>4
Garums (cm) / Saīsināšanas (%)	>3 (0-30%)	2-3 (40-50%)	1-2 (60-70%)	<1 (80%)
Priekšguļošās daļas pozīcija	-5 līdz -4	-3 līdz -2	-1	-
Konsistence	Blīva	Vidēja	Mīksta	-
Novietojums	Sakrāls	Centrāls	Uz priekšu	-

Teorētisks materiāls pacientēm par dzemdību indukciju.

Dzemdību indukcija ir manipulāciju kopums, kas ir vērsts uz dzemdes kakla sagatavošanu dzemdībām un regulāras dzemdību darbības izraisīšanu. To pielieto, ja grūtniecības turpināšana var izraisīt negatīvas sekas auglim vai mātei. Biežākais iemesls ir pārnesta grūtniecība virs 41 grūtniecības nedēļas. Optimālākais laiks dzemdībām ir 39-40 grūtniecības nedēļas. Par iemeslu var būt arī kāda no mātes vai augļa saslimšanām, vai ja ir traucēta apasiņošana placentai vai auglim, ko ārsts var konstatēt US laikā. Jūsu grūtniecības atrisināšanas laiks būs atkarīgs no konkrētas saslimšanas un augļa izvērtēšanas. Katrs lēmums ir individuāls!

Jums ir tiesības grūtniecību atrisināt pēc savas velēšanas, ja ir sasniegtas 39 grūtniecības nedēļas! Ambulatorais ginekologs var piedāvāt membrānu jeb augļa apvalku atslāņošanu, tās var mazināt nepieciešamību pēc dzemdību indukcijas.

Indukcijas metode/es, ko piedāvās ārsts būs atkarīgas no Jūsu dzemdes kakla novērtēšanas! Bieži indukcijas metodes tiek kombinētas. Indukcijas efektivitāti ārsts novērtēs vismaz 1x 24h laikā. Nav vienota laika intervāla, kad vajadzētu sākties dzemdību darbībai pēc dzemdību indukcijas uzsākšanas. Katrai sievietei tās ir individuāli. Mēs sagaidām, ka jums attīstīsies regulāras kontrakcijas ik 3-5 minūtes, 30-60s ilgi. Lai izvērtētu dzemdību ceļu gatavību, ārsts veiks vaginālas apskates, kas var būt nepatīkamas, tas būs atkarīgs no maksts elasticitātes, dzemdes kakla novietojuma un personāla rūpīgām rokām. Lai vagināla apskate būtu nesāpīga, pacientei ir jāsadarbojas, jāatslābinās. Ja indukcijas metodes nebūs efektīvas 48h laikā, ārsts lems par grūtniecības atrisināšanas taktikas maiņu. Dažreiz grūtniecība tiek atrisināta arī ar Ķeizargrieziena operāciju.

Jums ir tiesības uz Epidurālo anestēziju dzemdību laikā. Epidurālas anestēzijas izpildes laiks būs atkarīgs no anesteziologa noslogojuma. Epidurāla anestēzijas iedarbība ir atkarīga no pacientes svara, mugurkaula anatomiskām īpatnībām, sāpju receptoru jutīguma pret medikamentiem.

Dzemdību indukcijai netiek rekomendēti augu valsts uzturlīdzekļi, akupunktūra, homeopātija, rīcinellā, karstas vannas, klizmas, dzimumakts. Nav pietiekoša pamatojuma uzskatīt, ka tās palīdz!

Biežākas dzemdību indukcijas metodes.

<p>Balonkatetrs silikona, mīksts katetrs, ko ievieto caur dzemdes kakla kanālu, uzpilda ar siltu, sterilu NaCl 0.9% šķīdumu. Bieži Jūs varat sajūst velkošas sāpes pēc katetra ievietošanas, parasti tās pāriet dažu stundu laikā. Šī ir mehāniska indukcijas metode, kas paplašina dzemdes kaklu. Indukcija ar balonkatetru var noritēt līdz 24h. Visbiežāk 12h laikā tiek panākts tāds atvērums, lai var pielietot nākošu indukcijas metodi. Tās ir normāli, ja balonkatetrs izkrīt ātrāk. Pielietojot šo metodi mēs nesagaidām regulāru dzemdību darbību. Jums jāvērsas pie ārsta, ja balonkatetrs izkrita, Jūs sajūtāt regulāras sāpes, kas pēkšņi pazuda, balonkatetra ārēja daļa ir pagarinājusies, ir tampona sajūta makstī, noplūda augļūdeņi, paradījās asiņaini izdalījumi vairāk kā ēdamkarotes apmērā. Reti iespējama dzemdes pāraktivitāte.</p>	<p>Amniotomija –augļūdens pūšļa jatroģēna pārplēšana ar speciālu instrumentu. Amniotomijai darbības mehānisms ir līdzīgs kā pie dabiska augļūdens pūšļa plīšanas. Pēc amniotomijas var attīstīties regulāra dzemdību darbība, bet ja tās nenotiek 2h laikā, ārsts nozīmes papildus indukcijas metodi- Oksitocīna ievādi intravenozi. Sarežģījumi– nabassaites vai augļa sīko daļu izkrišana. Pirms amniotomijas veikšanas jāgatavo pamperi, jo augļūdens tecēs līdz pat bērna piedzimšanai.</p>
<p>Prostoglandīnu medikamenti- šobrīd plaši tiek izmantoti divu tipu prostoglandīnu medikamenti. Prostoglandīns E1 (Misoprostols 25mcg) – kas tiek lietots pulverīšu veidā ik 2h p/o, tas izraisa regulāru dzemdību darbību, jums sāksies kontrakcijas. Prostoglandīns E2 – gēls, ko ievada endocervikāli ārsts, pēc vajadzības to atkārtu pēc 6 līdz 12 stundām, tas izraisa regulāru dzemdību darbību. Efekts pēc Prostoglandīnu medikamentiem var būt pēc pirmās devas, bet var noritēt ar 24-48h. Biežāk pēc šiem medikamentiem novēro caureju, vemšanu, temperatūru, drebuļus, retāk dzemdes pāraktivitāti. Ja ārsts uzskatīs, ka Jums ir pārmērīga dzemdību darbība, nozīmēs medikamentu, kas dzemdību darbību mazina.</p>	<p>Oksitocīns – sintētisks aģents, kas ir identisks cilvēka ražotām dabiskām oksitocīnam, tās stimulē dzemdes glūdas muskulatūras kontraktilitāti un izsauc piena izdali. To ievadīs i/v perfūzorā, lēnām palielinot devu līdz paradās 4 kontrakcijas 10 minūšu laikā. Pielietojot oksitocīnu Jūs lielāko laiku daļu pavadīsiet gultā, jo pielietojot šo metodi ārsts kontroles augļa sirdstoņus nepārtraukti. Tāpēc jāgatavo ērts apģērbs, grāmata, telefons, ūdens, jāaiziet uz tualeti pirms oksitocīna uzsākšanas. Iespējums Jūs būsiet piespiedu pozā kādu laiku. Ārsts bieži piedāvās epidurālo anestēziju, lai Jūs justos brīvāk dzemdību indukcijas laikā. Oksitocīna pielietošana var izpausties ar dzemdes pāraktivitāti, augļa KTG izmaiņas, tādos gadījumos ārsts nozīmēs medikamentu, kas dzemdību darbību mazinās, galvassāpēm, vemšanu, sliktu dūšu, hiponatriēmiju, hipotensija un tahikardiju. Daudzi uzskata, ka dzemdību indukcija ar Oksitocīnu noriet ar sāpīgākām kontrakcijām, šis fenomens nav līdz galam izpētīts, kāpēc tieši izmantojot sintētisko oksitocīnu rodas stiprākas sāpju sajūtas, tām ir vairāki cēloni.</p>

Ja jums rodas kādi jautājumi, noteikti uzdodiet tos savām ārstam!

Medicīnas personāls strādā 24h, lai nodrošinātu Jums labāku aprūpi, nekautrējaties uzdot jautājumus jebkurā brīdī!

Pētījuma anketa

Aicinu Jūs piedalīties pētījumā "Informēta piekrišana dzemdību indukcijai un pacientes komunikācija ar ārstu dzemdību indukcijas laikā."

Jums tās aizņems 15-20 minūtes.

Ar šīs anketas palīdzību es Rīgas Stradiņa universitātes Rezidentūras fakultātes studiju programmas "Ginekoloģija, dzemdniecība" rezidente Žanna Bojarune, vēlos iegūt sīkāku informāciju par jūsu dzemdību ierosināšanu, komunikāciju ar ārstu dzemdību ierosināšanas laikā.

Pētījuma mērķis ir izpētīt pacienšu apmierinātību ar dzemdību ierosināšanu. Noskaidrot pacienšu informētību par to. Atrast iemeslus, kas kavē pacientes un ārsta veiksmīgas komunikācijas nodibināšanu. Salīdzināt dzemdību ierosināšanas piekrišanas veidlapas dažādos Latvijas stacionāros.

Rezultāti tiks apkopoti, analizēti. Šī informācija palīdzēs man uzlabot pacienšu aprūpi dzemdību ierosināšanas laikā un izveidot informatīvu materiālu pacientiem, lai katrs pacients saņem atbildes uz saviem jautājumiem dzemdību ierosināšanas laikā, kā arī veicināt komunikāciju starp pacientu un ārstu!

Piedalīšanās anketēšanā ir brīvprātīga un anketa ir anonīma, Jūs nebūs iespējams identificēt pēc anketā sniegtas informācijas. Dati tiks izmantota tikai apkopotā veidā šī pētījuma ietvaros. Jums ir tiesības pārtraukt anketas aizpildīšanu un dalību pētījumā jebkurā laikā. Jūsu atteikšanās neradīs nekādas nevēlamas sekas. Aizpildot šo anketu, Jūs piekrītat datu apstrādei, kas tiks iegūti no Jūsu aizpildītas anketas un pieejamās medicīniskās dokumentācijas. Anketa var saturēt jums sensitīvus jautājumus par dzemdību ierosināšanas iemesliem, veidiem, notikumiem dzemdībās.

Jums jābūt vismaz 18 gadi, lai piedalītos šajā pētījumā.

Anketas aizpildīšana neprasīs daudz laika un tas nebūs sarežģīti.

Jautājumiem, kuriem ir jau doti atbilžu varianti, atzīmējiet to atbildi, kas raksturo Jūsu viedokli. Ja atbilžu varianti nav doti, ir jāieraksta savs viedoklis/atbilde.

Ja Jums rodas jebkādi jautājumi par šo pētījumu, lūdzu, sazinieties ar mani – zannatrofimova@inbox.lv

Jau iepriekš pateicos par atsaucību un godprātīgu atbildēšanu uz jautājumiem!

9. Kas Jūs neapmierināja komunikācijā ar ārstu?

10. Kāda informācija Jums pietrūka?

11. Vai Jūs parrakstījāt informētu piekrišanu?

- ✓ Jā
- ✓ Nē

12. Kad Jūs parakstījāt informētu piekrišanu?

- ✓ Pirms indukcijas usākšanas.
- ✓ Pēc indukcijas usākšanas.

13. Vai informētas piekrišanas veidlapā bija aprakstītas iespējamās izvēlētas metodes blaknes un komplikācijas?

- ✓ Jā
- ✓ Nē

14. Kādus jautājumus Jūs uzdevāt ārstam?

15. Kādus jautājumus Jūs gribējāt uzdot ārstam, bet neesat to izdarījusi?

16. Kas bija par iemeslu, kāpēc Jūs neuzdevat šos jautājumus?

17. Kas varētu mainīt šos iemeslus un veicināt Jūsu komunikāciju ar ārstu?

Dzemdību indukcija

1. Kur Jūs saņemat informāciju par dzemdību indukciju? (var atzīmēt vairākus variantus)
 - ✓ Ambulatorais ārsts
 - ✓ Stacionārais ārsts
 - ✓ Masu mediji
 - ✓ Internet forumi
 - ✓ Grāmatas/ žurnāli
 - ✓ Uz pierādījumiem balstītas medicīniskas datu bāzes.
2. Vai šī ir Jūsu pirmā pieredze dzemdību indukcijā?
 - ✓ Jā
 - ✓ Nē
3. Cik reizes Jums ir veikta dzemdību indukcija dzīves laikā? _____
4. Vai jūsu ambulatorais ārsts Jūs brīdināja par dzemdību indukcijas nepieciešamību?
 - ✓ Jā
 - ✓ Nē
5. Vai jūsu ambulatorais ārsts Jūs ir informējis par iespējamiem riskiem grūtniecības prolongācijas gadījumā?
 - ✓ Jā
 - ✓ Nē
6. Vai jūsu ambulatorais ārsts Jūs ir informējis par iespējamām dzemdību indukcijas metodēm?
 - ✓ Jā
 - ✓ Nē
7. Vai jums ambulatori ir veikta auglūdēns pūšļa apvalku atslāņošana?
 - ✓ Jā
 - ✓ Nē
8. Vai jūs pirmo reizi informēja par dzemdību indukcijas nepieciešamību stacionārā?
 - ✓ Jā
 - ✓ Nē
9. Vai stacionārā ārsts izskaidroja, kas ir dzemdību indukcija?
 - ✓ Jā
 - ✓ Nē

10. Vai stacionārā ārsts informēja Jūs par dzemdību indukcijas iemeslu?

- ✓ Jā
- ✓ Nē

11. Lūdu norādiet, kādu?

12. Vai stacionārā ārsts informēja Jūs par iespējamiem riskiem grūtniecības prolongācijas gadījumā?

- ✓ Jā
- ✓ Nē

13. Lūdzu, norādiet kādiem?

14. Vai stacionārā ārsts Jūs informēja par iespējamiem riskiem pielietojot jums izvēlēto indukcijas metodi?

- ✓ Jā
- ✓ Nē

15. Lūdzu, norādiet kādiem?

16. Vai jums tika pielietota viena indukcijas metode?

- ✓ Jā
- ✓ Nē

17. Lūdu, norādiet kādas indukcijas metodes jums tika pielietotas?

- ✓ Laminārijas
- ✓ Foley kateters
- ✓ PGE1(Misoprostol)
- ✓ PGE2(Dinoprostone)
- ✓ Amniotomija
- ✓ Oksitocīns

18. Vai stacionārā ārsti Jūs atkārtoti informēja par iespējamajiem riskiem pielietojot citu indukcijas metodi?

- ✓ Jā
- ✓ Nē

19. Vai dzemdību indukcija noriteja tā, kā jūs bijāt to iztēlojusies?

- ✓ Jā
- ✓ Nē

20. Kas bija savādāk?

21. Kam Jūs nebijāt gatava?

22. Kā to varētu mainīt?

23. Vai Jūs justos drošāk, ja papildus būtu izsniegts informatīvs materiāls par dzemdību indukciju?

- ✓ Jā
- ✓ Nē

Dzemdības (aizpilda ārsts)

Iemesls dzemdību indukcijai.

Pielietota/as dzemdību indukcijas metode/es.

- ✓ Laminārijas
- ✓ Foley k.
- ✓ PGE1
- ✓ PGE2
- ✓ Amniotomija
- ✓ Oksitocīns

Riski pielietojot šo indukcijas metodi/es.

Dzemdību veids

- ✓ Vaginālas dzemdības
- ✓ Vaginālas-operatīvas dzemdības
- ✓ Operatīvas dzemdības

Demdību kopējais garums _____

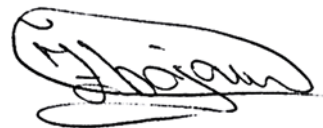
I periods _____ II periods _____ -III periods _____

Sarežģījumi dzemdībās

Manipulācijas dzemdībās

GALVOJUMS

Es, Žanna Bojarune ar parakstu apliecinu, ka
pētnieciskais darbs ir
izstrādāts patstāvīgi, par izmantotajiem informācijas
avotiem, materiāliem un datiem
ir dotas atsauces. Šis darbs nav nekad nekādā veidā
ticis iesniegts nevienai citai
komisijai un nekad nav publicēts.



01.08.2023

Žanna Bojarune

Rīgas Stradiņa universitātes
Pētījumu ētikas komitejas
LĒMUMS
Rīgā

24.05.2023

2-PĒK-4/448/2023

	Komitejas sastāvs	Kvalifikācija	Nodarbošanās
1	Profesors Jānis Vētra	Dr.habil. med.	Morfoloģijas katedra, profesors
2	Asoc. Prof. Zanda Daneberga	Dr.med.	OI Molekulārās ģenētikas laboratorijas vadītāja
3	Asoc. Prof. Anita Vētra	Dr.med.	Rehabilitācijas katedra, asociētā profesore
4	Profesore Ingrīda Čēma	Dr.habil. med.	Mutes, sejas un žokļu un mutes medicīnas katedra, profesore
5	Docente Anna Junga	Dr.med.	Morfoloģijas laboratorijas vadītāja
6	Pētniece p.i. Karina Palkova	Ph.D.	Advokāte, Doktora studiju programmas vadītāja
7	Marina Siņkovska		Datu drošības un pārvaldības nodaļas vadītāja, datu aizsardzības speciālists

Pieteikuma iesniedzējs/i:

Žanna Bojarune, Rezidentūras studiju fakultāte

Pētījuma / pētnieciskā darba nosaukums:

Informēta piekrišana dzemdību indukcijai un pacientes komunikācija ar ārstu dzemdību indukcijas laikā

Pētījumu ētikas komitejas sēdes datums:

27.04.2023.

Pētījuma protokols:

Izskatot augstāk minētā pētījuma pieteikuma materiālus, t.sk., protokolu, ir redzams, ka pētījuma mērķi - izpētīt pacienšu apmierinātību ar dzemdību indukciju. Noskaidrot pacienšu informētību par dzemdību indukciju. Verificēt faktorus, kas kavē pacientes un ārsta veiksmīgas komunikācijas nodibināšanu. Salīdzināt dzemdību indukcijas piekrišanas veidlapas dažādos Latvijas stacionāros, kā arī izstrādāt informatīvu materiālu pacientēm par dzemdību indukciju, ir paredzēts sasniegt, veicot pacientu/dalībnieku anonīmu aptauju-anketēšanu, iegūto datu apstrādi un analīzi, kā arī publicējot iegūtos rezultātus. Paredzēta sieviešu anketēšanas un anketēto pacientu medicīniskās dokumentācijas izpētes rezultātā iegūto datu analīze ar SPCC Statistics laikā no 01.06.2023. līdz 01.10.2023. Pētnieks neatradīsies klāt anketu aizpildīšanas brīdī. Anketas tiks numurētas.

Personu (dalībnieku) informēta brīvprātīga piekrišana piedalīties, iegūto personu datu apstrāde un aizsardzība, to pielietošana, glabāšana, anonimitāte un konfidencialitāte ir nodrošināta. Līdz ar to pieteikums atbilst pētījuma ētikas prasībām.

Komitejas lēmums:

Piekrist pētījuma īstenošanai

Komitejas priekšsēdētājs Jānis Vētra

Tituls: Dr.habil. med., profesors.

ŠIS DOKUMENTS IR ELEKTRONISKI PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO
PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU