


|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
|  <b>Zdravstveni dom<br/>Brežice</b> | OBRAZEC   | Številka obrazca:<br>OBR DZŽ 03  |
|  | <b>IZJAVA PACIENTKE O PROSTOVOLJNI PRIVOLITVI ZA<br/>VSTAVITEV MATERNIČNEGA VLOŽKA PO POJASNILU</b> | Verzija: 01<br>Datum: 5. 7. 2024 |

## IZJAVA PACIENTKE O PROSTOVOLJNI PRIVOLITVI ZA VSTAVITEV MATERNIČNEGA VLOŽKA PO POJASNILU

Spoštovani!

Prosim vas, da naslednje informacije skrbno preberete.

Maternični vložek je zanesljivo kontracepcijsko sredstvo v obliki črke T, z bakrom ali hormonom. Maternični vložek zelo zanesljivo ščiti pred neželjeno nosečnostjo najmanj 3 do 5 let ali dlje, odvisno od vrste materničnega vložka.

Vstavitev materničnega vložka poteka v dispanzerju za ženske, najlažja je vstavitev v času menstruacije, lahko pa ga vstavimo tudi kadarkoli v ciklusu. Pri tem posegu je potrebno vaše sodelovanje, saj lahko vsak nagel gib medenice v tej fazi povzroči zaplete pri vstavljanju (predrtje maternice, nepravilna lega vložka, ...). Do zapletov lahko pride tudi ob sicer nezapletenem vstavljanju materničnega vložka.

Ob uporabi se pred in po menstruaciji lahko pojavi krvavkast izcedek, pojavi se lahko dolgotrajnejša sprememba vzorca menstruacijskih krvavitev. Maternični vložek lahko izpade: izpad materničnega vložka je najbolj pogost v prvih mesecih uporabe, zato je kontrolni pregled pri ginekologu potreben dva do tri mesece po vstavitvi materničnega vložka. S tipanjem nitke, ki gleda iz materničnega vratu v nožnici, lahko sami preverite, ali je maternični vložek še v maternici.

Verjetnost zanositve z materničnim vložkom je majhna. V primeru zanositve je večja verjetnost zanositve zunaj maternice kot v njej. Zato je ob vsakem znaku ali sumu na nosečnost potreben pregled pri ginekologu.

Maternični vložek ne ščiti pred okužbo s HIV ali katerokoli drugo spolno prenosljivo okužbo.


Možnost vnetja medeničnih organov je redka. Lahko se pojavi v prvem mesecu ali leta po vstavitvi materničnega vložka. Znaki vnetja so v začetku lahko zabrisani in slabo prepoznavni, zato žensko včasih prej pripeljejo do zdravnika družinske medicine, infektologa ali trebušnega kirurga kot pa do ginekologa. **Pomembno je, da zdravniku oziroma zdravstvenemu osebju vedno poveste, da imate maternični vložek.** Bolečina v spodnjem delu trebuha, povišana telesna temperatura, splošno slabo počutje, driska, podaljšane krvavitve in slabokrvnost, smrdeč ali močno povečan dolgotrajen izcedek so znaki, ob katerih morate h ginekologu.

### IZJAVA

Spodaj podpisana \_\_\_\_\_, rojena \_\_\_\_\_, izjavljam, da sem prejela vse informacije o materničnem vložku in da sem izbrala to kontracepcijsko metodo. Prejela sem celovito svetovanje o prednostih in pomanjkljivostih te kontracepcijske metode. Izjavljam, da sem imela možnost za postavljanje vprašanj in prejela vse odgovore na moja vprašanja.

Zavedam se, da je moja dolžnost in odgovornost, da:

- zdravniku povem vse svoje zdravstvene informacije in tveganja;
- redno opravljam ginekološke preglede z odvzemom brisa materničnega vratu in s kliničnim pregledom medenice vsake tri leta.

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
|  <b>Zdravstveni dom<br/>Brežice</b> | OBRAZEC   | Številka obrazca:<br>OBR DZŽ 03  |
|  | <b>IZJAVA PACIENTKE O PROSTOVOLJNI PRIVOLITVI ZA<br/>VSTAVITEV MATERNIČNEGA VLOŽKA PO POJASNILU</b> | Verzija: 01<br>Datum: 5. 7. 2024 |

Izjavljam, da dajem soglasje za vstavev materničnega vložka \_\_\_\_\_ in razumem, da bo ta učinkovito deloval najmanj do \_\_\_\_\_.

Dovolim / ne dovolim morebitne kasnejše kontakte za pridobivanje dodatnih informacij na mojo tel. št.: \_\_\_\_\_ ali e-naslov: \_\_\_\_\_.

Podpis pacientke:

Datum:

Podpis zdravnika:

*Podpisano v dveh izvodih, en izvod prejme pacientka, ena izvod se hrani v zdravstveni dokumentaciji.*