



Szczecin, 11 września 2019


Nasz znak: RiSM/JS/072/6/19

Szanowna Pani

Krystyna Kacpura
Dyrektorka Wykonawcza
Federacji na rzecz Kobiet i Planowania
Rodziny
ul. Nowolipie 13/15
00 – 150 Warszawa

W nawiązaniu do pisma z dnia 02 września 2019 roku dotyczącego braku dostępu do zabiegów przerywania ciąży na mocy ustawy z dnia 7 stycznia 1993r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U.1993.17.78) przekazujemy w załączeniu odpowiedzi na zadane w piśmie pytania.

Z poważaniem

z up. Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej „Zdroje”

mgr Mariola Brodecka
Kierownik Działu Rozliczeń i Statystyki Medycznej

Załączniki:

1. Liczba zabiegów przerywania ciąży
2. Procedura postępowania w przypadku terminacji ciąży

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROJE"
70-780 Szczecin, ul. Mączna 4
Oddział Ginekologii
tel. 91 880 65 90, fax 91 880 63 01
NIP 9551489094, REGON 00029141100026
KRS 0000003172, I-000000017654
kody resortowe: V-01; VII-230; VIII-4450

Ad- przyt. 1

Ilość zabiegów przerywania ciąży dopuszczalnych na mocy ustawy z 1993r.

1. styczeń - 3
2. luty - 0
3. marzec - 1
4. kwiecień - 0
5. maj - 1
6. czerwiec - 1
7. lipiec - 0
8. sierpień - 1

SPS ZOZ "ZDROJE"
KIEROWNIK ODDZIAŁU
Położnictwa i Ginekologii
dr n. med. Andrzej Niedzielski

Adi pył. 5



Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROJE”	
Nazwa dokumentu: Procedura postępowania w przypadku terminacji ciąży	Nr edycji: 2 <small>Strona 1 z 1</small>

Uwaga: Niniejszy dokument stanowi własność Szpitala. Wszelkie prawa autorskie zastrzeżone. Zabrania się dokonywania zmian treści, a także kopiowania i rozpowszechniania dokumentu bez zgody wydawcy.

	imię i nazwisko	stanowisko	Data	podpis
Opracował	WOJCIECH HALEC	Z-CA ORDYNATORA ODDZIAŁU	14.06.2017	<i>[Signature]</i>
Sprawdził	MARZENNA BLACHOWSKA	Z-CA DRY DS. JAKOŚCI	14.06.2017	<i>[Signature]</i>
Zatwierdził	ANDRZEJ NIEDZIELSKI	ORDYNATOR	14.06.2017	<i>[Signature]</i>

1. Przyjęcie pacjentki w oddział na podstawie skierowania zawierającego wskazania do terminacji ciąży zgodnie z *Ustawą z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.*
2. Zebranie wywiadu i badanie przedmiotowe ciężarnej przez specjalistę ginekologii i położnictwa, innego niż ten, który stwierdził wystąpienie okoliczności uzasadniających dokonanie terminacji ciąży, mające na celu potwierdzenie istniejących wskazań.
3. Omówienie z ciężarną metod indukacji poronienia i wybranie najkorzystniejszej metody z uwzględnieniem woli pacjentki.
4. Poinformowanie pacjentki o podaniu leków wywołujących skurcze, odczuciach bólowych, krwawieniu, uczuciu parcia, wyłyżeczkowaniu jamy macicy, krótkim znieczuleniu dożylnym.
5. Uzyskanie pisemnej prośby/zgody na terminację ciąży (załącznik nr 1)
6. Przeprowadzenie procedury terminacji przez lekarza innego niż ten, który stwierdził wystąpienie okoliczności uzasadniających dokonanie terminacji ciąży.
7. Propozycja wsparcia psychologicznego.
8. Udzielenie informacji związanych z pochówkiem, uzyskaniem urlopu macierzyńskiego oraz zasiłku pogrzebowego.
9. Wypis do domu i skierowanie do dalszej opieki ambulatoryjnej.

W przypadkach terminacji ciąży ze wskazań innych niż w Ustawie z dnia 7 stycznia 1993r o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży – postępowanie jak wyżej z pominięciem punktów 1 i 5.

Każda pacjentka traktowana jest indywidualnie, otoczona szczególną opieką pielęgniarską. Na żadnym etapie pobytu w oddziale nie przebywa z pacjentkami będącymi w ciąży ani z położnicami.

(imię i nazwisko)

(adres)

**SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Mączna 4
71 – 899 Szczecin**

ZGODA NA TERMINACJĘ CIĄŻY

Działając na podstawie przepisu art. 4a ust. 4 ustawy z 07.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. nr 17, poz. 78 ze zm.) w związku ze stwierdzeniem przez lekarza/prokuratora¹, że:

- a) ciąża stanowi zagrożenie dla mojego zdrowia i życia,
- b) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu,
- c) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu,
- d) ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego¹

wnoszę i jednocześnie wyrażam zgodę na przerwanie ciąży przez lekarza innego niż ten, który stwierdził wystąpienie okoliczności uzasadniających dokonanie terminacji ciąży.

podpis pacjentki²

¹ niepotrzebne skreślić,

² w przypadku małoletniej powyżej 13 roku życia lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie potrzebna jest dodatkowo zgoda jej przedstawiciela ustawowego, w przypadku małoletniej poniżej 13 roku życia potrzebna jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia swojej opinii.