

КП № 4 ПРЕЖДЕВРЕМЕННО ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА

Минимален болничен престой – 2 дни

4.1. ПРИ ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА ДО 13 Г. ВКЛ.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

ДИЛАТАЦИЯ И КЮРЕТАЖ НА МАТКА

Изключва:

аспирационен кюретаж на матката - 69.51-69.59

***69.01 ДИЛАТАЦИЯ И КЮРЕТАЖ ЗА ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТ**

Кюретаж и евакуация на матка

35643-03 Дилатация и евакуация на матка (D&E)

Включва: кюретаж (аспирация)
раздробяване на плода

Забележка: Изпълнявана при прекъсване на бременност през втория триместър

АСПИРАЦИОНЕН КЮРЕТАЖ НА МАТКА

Изключва:

менструална екстракция - 69.6

***69.51 АСПИРАЦИОНЕН КЮРЕТАЖ НА МАТКА ЗА ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТ**

лечебен аборт

35640-03 Вакуум кюретаж на матка

Включва: дилатация

Не включва: такава след раждане (16564-01 [1345])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една **основна оперативна процедура** и минимум по една диагностична процедура от две различни групи (рубрики) **Кодове по МКБ 9 КМ, посочени в Приложение № 24.**

4.2. ПРИ ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА НАД 13 Г.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

ДИЛАТАЦИЯ И КЮРЕТАЖ НА МАТКА

Изключва:

аспирационен кюретаж на матката - 69.51-69.59

***69.01 ДИЛАТАЦИЯ И КЮРЕТАЖ ЗА ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТ**

Кюретаж и евакуация на матка

35643-03 Дилатация и евакуация на матка (D&E)

Включва: кюретаж (аспирация)
раздробяване на плода

Забележка: Изпълнявана при прекъсване на бременност през втория триместър

***69.02 ДИЛАТАЦИЯ И КЮРЕТАЖ СЛЕД РАЖДАНЕ И АБОРТ**

Евакуация на матка след раждане

16564-00 Следродова евакуация на матката чрез дилатация и кюретаж
Дилатация и кюретаж при задържани плодни части след раждане
Не включва: вакуум кюретаж (16564-01 [1345])

***73.1 ДРУГО ХИРУРГИЧНО ПРЕДИЗВИКВАНЕ НА РАЖДАНЕ**

предизвикване чрез дилатация на шийката

Изключва:

инжекция за аборт - 75.0

поставяне на супозитории за аборт - 96.49

Забележка: този код е предназначен за кодиране при въвеждане на балон-катетър екстрауверуларно или при ПОМ за предизвикване или довършване на аборт във втори триместър, както и при екстрауверуларно инсталиране на стерилен 1% разтвор на Риванол

Възстановителни процедури на маточна шийка

35640-02 Дилатация на маточна шийка
Не включва: кюретаж на матка (35640-00, 35640-03 [1265])

***75.0 ИНТРА-АМНИОТИЧНА ИНЖЕКЦИЯ ЗА АБОРТ**

инжектиране на:

простагландин за предизвикване на аборт

физиологичен разтвор за предизвикване на аборт

прекъсване на бременност чрез интраутеринна инжекция

Изключва:

поставяне на простагландинов супозиторий за аборт - 96.49

Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

90461-00 Интра-амниотично инжектиране
Инжекция за прекъсване на бременността с:
• prostaglandin
• солеви разтвор
Интраамниална инжекция за аборт

НЕОПЕРАТИВНА ПРОМИВКА, ПОЧИСТВАНЕ И ЛОКАЛНА ИНСТИЛАЦИЯ НА ДРУГИ ХРАНОСМИЛАТЕЛНИ И ПИКОЧНО-ПОЛОВИ ОРГАНИ

***96.49 Друга пикочно-полова инстилация**

Поставяне на простагландинов супозиторий (песар).

90462-00 Поставяне на простагландинова свещичка за предизвикване на аборт
Не включва: при раждане (90465-01 [1334])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от две различни групи (рубрики) **Кодове по МКБ 9 КМ, посочени в Приложение № 24.**

Кодове 96.49 (90462-00) и 75.0 (90461-00) не се отчитат самостоятелно.

Забележка:

„Аборт“ е загуба или прекъсване на бременност, преди плодът (плодовете) да отговарят на критериите по т. 13 от медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, утвърден с Наредба № 12 от 21.07.2014 г.

т.13 „Раждане“ е цялостна (включваща плод и плодни придатъци) експулсия или екстракция на плод, независимо дали е жив, или мъртъв, който отговаря на следните критерии:

а) телесна маса при раждането 800 и повече грама и/или гестационна възраст 26 и повече гестационни седмици;

б) телесна маса при раждането под 800 грама и/или гестационна възраст под 26 гестационни седмици-при условие, че плодът е роден жив и е живял поне 3 денонощия.

Необходимостта от прекъсване на бременността се установява от комисия, съгласно Наредба №2 от 09.02.1990г. на МЗ. Комисията дава заключението си преди или след началото на хоспитализацията, но винаги преди началото на лечебните процедури, предизвикващи прекъсване на бременост.

Не се изисква протокол от комисия, съгласно Наредба №2 от 09.02.1990г. на МЗ при спешни случаи (болки и/или генитално кървене; съмнение за прогредиентен и инкомплетен аборт, независимо от срока на бременността.

Не се изисква протокол от лекарска комисия при ехографски документирані случаи на задържана бременност (missed abortion, blighted ovum).

В случай на спешност и извън посочените състояния и заболявания в приложения №1 и №2 на Наредба №2 от 09.02.1990г. на МЗ процедурата се извършва, като предоперативната епикриза се подписва и от началника на отделението (по изключение и при наличието на обективни причини, подписът може да бъде поставен и след провеждането на процедурата).

Забележка: За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение II - ро ниво на компетентност. При спешна диагностика при бременни с болки и/или генитално кървене; съмнение за прогресиращ и инкомплетен аборт, независимо от срока на бременността и прилагане на мерки за прекъсване на бременността по спешни показания- най-малко на I-во ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Акушерство и гинекология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология“.

1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зала обособена за нуждите на родилната помощ
3. Клинична лаборатория II ниво, I ниво в условия на спешност
4 . Ехограф с необходимите трансдюсери
5. Рентгенова апаратура

Забележка* В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология - на територията на областта

Забележка: Простагландинов медикамент и Anti –D гама глобулин не се заплаща от НЗОК.

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура II ниво на компетентност- четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография
- за гинекологична структура II ниво на компетентност – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;

В условия на спешност:

- за акушерска структура при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология“;
- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура II ниво на компетентност- четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография
- за гинекологична структура II ниво на компетентност – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;

В условия на спешност:

- за акушерска структура при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология“;
- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Забележка: При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика при бременни с болки и/или генитално кървене; съмнение за прогресиращ и инкомплетен аборт, независимо от срока на бременността и прилагане на мерки за прекъсване на бременността по спешни показания.

Медицинска оценка за необходимостта от прекъсване на интраутеринна бременност поради:

- Ехографски документирані случаи на задържана бременност (missed abortion, blighted ovum);
- Установена по реда Наредба № 2 от 1990 г. за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност (обн., ДВ, бр. 12 от 1990 г.) необходимост от прекъсване на интраутеринна бременност поради:
- заболяване на майката, при което износването на бременността и раждането представляват неприемлив риск;
- заболяване на майката, за чието лечение се изисква приложение на тератогенни фактори;
- експозиция (по време на бременността) на тератогенни фактори;
- бременността е настъпила след доказан от компетентните органи акт на насилие;
- плод с УЗ или други данни за малформации, несъвместими с извънматочния живот;
- мъртъв плод;
- гроздовидна бременност

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В ПОСОЧЕНИТЕ ВАРИАЦИИ И ВЪЗМОЖНОСТИ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Задължителни са следните диагностични процедури:

- диагностичен ултразвук на бременна матка;
 - преглед и оценка, описани накратко (резюмирани анамнеза и оценка);
- или
- преглед и оценка, описани ограничено (етапна анамнеза и оценка);
- или
- преглед и оценка, описани обстойно (анамнеза и оценка на нов проблем);
 - гинекологично изследване (изследване на таза);
 - други неоперативни изследвания на пикочо-половата система (химично изследване на урина);
 - изследване на кръв - ПКК (диференциално броене, биохимия, серология – по показания).

Заедно с основните оперативни процедури се прилагат и една или комбинация от следните лечебни процедури:

- инжекция или инфузия на друго лечебно или профилактично вещество;
- и/или
- инжекция на антибиотик;

и/или

- инжекция на Rh имуноглобулини (при необходимост);

и/или

- трансфузия на кръв и кръвни компоненти (при необходимост);

и/или

- инжекция или инфузия на електролити.

Прилагане на методи за прекъсване на бременността и анестезия, в съответствие със спецификата на показанията за прекъсване и състоянието на бременната.

Прекъсване на бременността **по спешност**, индицирана от прогредиентен и инкомплетен аборт, се извършва във всяко лечебно заведение за болнична помощ, разполагащо с клиника/отделение по акушерство и гинекология (гинекология).

До 13 г.с. бременността се прекъсва под обща анестезия чрез дилатация на цервикалния канал и последваща вакуум-аспирация или кюретаж, или медикаментозен аборт с регистрирани в РБългария лекарствени средства.

След 13 г.с. по преценка на лекуващия лекар, в съответствие със спецификата на показанията за прекъсване и състоянието на бременната, се използват различни методи. След експулсията на плода се извършва инструментална ревизия на маточната кухина. По преценка се назначават профилактично антибиотици. След прекъсването на бременността се потиска лактацията (бромокриптин). Независимо от срока на бременността по показания от страна на бременната при прекъсването може да е необходимо присъствието на специалист по придружаващото заболяване. При Rh – отрицателни жени се провежда анти-Д профилактика до 72-ия час от аборта.

Здравни грижи

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя, съгласно критериите на утвърдения стандарт по „Акушерство и гинекология“ и „Клинична патология“ след:

хистоморфологично изследване на кюретажен материал от маточна кухина

оценка на плода от специалист по клинична патология след 14 г.с.

генетичен анализ (цитогенетичен, ДНК и др.) – по показания

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

При придружаващи заболявания в по-тежка форма или при усложнения може да се наложи по-продължителен болничен престой след прекъсването на бременността. В случаи с придружаващи заболявания решението за дехоспитализация се взема съвместно със специалист по съответното заболяване.

Основно условие за дехоспитализация е коректно попълнен фиш "Клинико-лабораторен минимум".

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 40 от 2004 (обн. ДВ бр. 97/9.12.2011г.)

Насочване към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ОТ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

Дата

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО Корем: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши) Микция: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши) Дефекация: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши) Раздвижване: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)		
Аксиларна t°:	Пулс:	Перисталтика: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)
СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци ☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)		
ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО: ☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения ☐ друго (опиши)		
КРЪВНА КАРТИНА: Hb Ht Er Leu	ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ: Вр. кървене Фибриноген	ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:
ДРУГИ ДАННИ:		

Лекуващ лекар:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* (бл. МЗ - НЗОК № 7).;

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти *“Анестезия и интензивно лечение”* и *„Акушерство и гинекология“*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарт *„Акушерство и гинекология“*;

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”*;

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* (бл. МЗ - НЗОК № 7);

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДОКУМЕНТ № 2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Предлагаме Ви да прекъснем Вашата бременност, защото:

Вие страдате от заболяване, при чието наличие износването на бременността и раждането представляват неприемлив риск за вашето здраве и живот.

- По време на бременността Ви е установено заболяване, за чието лечение организмът Ви ще бъде подложен на медицински въздействия (лекарства, лъчи), които представляват неприемлив риск за здравето и живота на нероденото Ви дете.

- По време на бременността Ви сте била изложена на един или повече вредни фактори (лъчи, отрови, медикаменти, микроби, вируси и др.), които представляват неприемлив риск за здравето и живота на нероденото Ви дете.

- С максимална категоричност е установено, че нероденото Ви дете е засегнато от тежко заболяване или аномалия.

- Бременността Ви е настъпила след доказан от компетентните органи акт на насилие спрямо Вас. Вие не желаете майчинство, свързано с оказано насилие.

- С максимална категоричност е установено, че нероденото Ви дете е мъртво.

Прекъсването на бременността Ви може да се извърши по един или повече от следните начини:

- Бързо разширяване на маточния канал със специални инструменти, последвано от аспирация (всмукване) или кюретиране на бременността от маточната кухина.

- Въвеждане в маточния канал на медицински средства, причиняващи неговото бавно разширяване.

- Въвеждане в матката на химически вещества или лекарства, които предизвикват активно свиване и разпускане на матката, с което се постига изтласкване на плода от нея. След това обикновено се налага допълнителен кюретаж.

- Прилагане на активиращи матката лекарства по друг начин – най-често венозно. След изтласкване на плода обикновено се налага допълнителен кюретаж.

- Операция, състояща се в разрязване на матката, отстраняване на бременността и последващо зашиване.

- Операция, състояща се в отстраняване на матката заедно с бременността.

Прекъсването на бременност става в специално оборудвана зала, при стриктно спазване на всички правила за безопасност.

Ще Ви бъде осигурен **надежден метод за обезболяване** – както по време на медицинската намеса, така и след това, докато съществува необходимост.

И при най-прецизна работа съществува минимален риск от засягане на маточната тъкан или на съседни органи. Макар и възникнали по изключение, такива усложнения могат да наложат допълнително лечение (вкл. коремна операция).

В акушерството са известни и други усложнения (напр. нарушения в съсирването на кръвта, възпаления и др.). В рамките на съвременната медицина съществуват средства за овладяването им.

Съществуват и рискове, свързани с медицинските намеси изобщо – без оглед дали са големи или малки. Така например, при кръвопреливане чуждата кръв може (в редки случаи) да вкара в организма Ви микроб или вирус. Някои лекарства могат да причинят свръхчувствителност (алергия).

Моля, съобщете ни за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.!