無痛分娩に関する説明および同意書

患者氏名：　　様

当院では希望者に無痛分娩を実施しています。安全に無痛分娩を施行するためにいくつかの条件や規定を設けています。以下の条件やリスク等を理解いただいた上での施行となります。

1、 適応

1） 分娩時の除痛を目的に妊婦さんが希望する場合

2） 母体が心疾患を有する場合、遷延分娩、妊娠高血圧症候群合併妊娠等

2、 方法

硬膜外麻酔により行います

3、 施行の実際

1） 低血圧、肥満、妊娠中の極度な体重増加、血液凝固系異常がある場合は行いません
（具体的には妊娠前 BMI28 以上または妊娠中に 15kg 以上の体重増加がある場合です）

2） 麻酔開始時に母児ともに最も合併症が多く発生しますので夜間（17 時から翌 9 時）に無痛分娩を開始することはできません。（それ以外の時間帯から継続することはあります）

3） 希望される場合であっても多数の分娩が重なった時や緊急性を要する重症患者がいる場合などクリニック内での安全確保ができない場合には行えません

4） 微弱陣痛になることが多く陣痛促進剤や吸引分娩が必要になることがあります

5） その他予測外の合併症等が生じた場合は直ちに中止します。

6） 痛みが完全に消えてしまうと産後の出血や血栓症発症リスクが増加します。またお母さん自身にある程度痛みといきみ感がないと分娩は遷延してしまいます。よって子宮口全開大後は痛みを自制内に感じる程度に麻酔を維持または減量します

7） 無痛分娩施行中は絶食です。施行直前に多量に飲食されていると開始が遅れます。
また水分は水、スポーツ飲料、OS1 に限り摂取可能です。

4、 合併症

1） 硬膜穿刺：処置後、髄液の漏出により頑固な頭痛が 1 週間程続く場合があります。

2） 低血圧およびショック：麻酔による交感神経ブロックにより起こります。

5、 料金　130,000 円　（処置内容により別途料金が発生する場合があります。）

以上の説明をいたしました。

年　　月　　日　　あきせウィメンズクリニック

医師 堀内　辰郎　　印

上記のことを十分理解し納得した上で、無痛分娩を希望すると同時に必要時には陣痛促進剤の使用を依頼いたします。

年　　月　　日

本人　　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

配偶者　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印