



Mazowiecki

Urząd Wojewódzki w Warszawie

Niekorzystne zakończenie ciąży

**Rekomendacje postępowania z pacjentkami
dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych
województwa mazowieckiego**

Warszawa, 2019 r.

Wydanie III

Według danych naukowych około 10-12 proc. rozpoznanych ciąż kończy się poronieniem przed ukończeniem 22. tygodnia. W roku 2017 odnotowano 6019 poronień samoistnych oraz 206 urodzeń martwych. Zmarło 147 noworodków żywo urodzonych, w tym 137 o masie powyżej 500 g. Największą liczbę martwych urodzeń i zgonów obserwowano wśród dzieci o masie do 499 g. oraz między 500 g. a 999 g. (dane ze sprawozdania MZ-29).

Strata dziecka, również tego jeszcze nienarodzonego, to jedna z największych traum dla rodziców, szczególnie matki. Często stan psychiczny, duchowy osoby, która przeżyła traumę nie spotyka się ze zrozumieniem nawet najbliższego otoczenia.

Celem niniejszych Rekomendacji jest upowszechnienie dobrych praktyk postępowania w oddziałach położniczo-ginekologicznych na terenie województwa mazowieckiego. Rekomendacje dotyczą zapewnienia szacunku i godnego postępowania wobec matki i dziecka w przypadku poronienia, urodzenia dziecka martwego, dziecka niezdolnego do życia lub obarczonego letalnymi schorzeniami. Odbiorcą Rekomendacji jest personel medyczny oddziałów położniczo-ginekologicznych oraz pacjentki pragnące pożegnać się z dzieckiem. Pewne założenia przeznaczone są dla wszystkich kobiet, które doznały traumy w związku z niekorzystnym zakończeniem ciąży. Dokument zawiera wskazówki dla personelu medycznego, ankietę dla pacjentki, arkusz oceny Rekomendacji oraz informacje dla pacjentki i jej bliskich. Ewaluacja dokumentu będzie przeprowadzana okresowo.

Rekomendacje zostały opracowane w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie przez zespół w składzie: konsultant wojewódzki w dziedzinie perinatologii, konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii, konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego, psycholog, ksiądz oraz przedstawiciele Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie.

WSKAZÓWKI DLA PERSONELU MEDYCZNEGO

1. O czym trzeba pamiętać podczas udzielania informacji

Procedura dotyczy pacjentek, które zostały już powiadomione o niekorzystnym zakończeniu swojej ciąży. Wypełnienie ankiety oraz udzielanie informacji powinno być prowadzone przez osobę, która sprawuje bezpośrednią opiekę nad pacjentką i która zna jej sytuację zdrowotną. Ankieta powinna być wypełniona w momencie przyjęcia do oddziału (lub zaistnienia zdarzenia podczas hospitalizacji). **Proszę pamiętać, że pytania nr 6-9 mogą być zadawane kobietom, które wyraziły chęć pożegnania się z dzieckiem.** Wypełniona ankieta powinna być dołączona do dokumentacji medycznej pacjentki.

Procedurą powinny być objęte pacjentki, u których:

- doszło do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu,
- istnieje duże prawdopodobieństwo, że dziecko nie będzie zdolne do życia,
- zgodnie z obecną wiedzą medyczną jest wysoce prawdopodobne, że nie uda się uratować życia dziecka,
- potwierdzono obecność wad u dziecka w badaniu genetycznym, ultrasonograficznym lub wady uwidoczniły się w przebiegu zdarzenia,
- do straty dziecka doszło przed lub w trakcie hospitalizacji.

Procedurą nie należy obejmować pacjentek w następujących sytuacjach medycznych: nie doszło do rozwoju zarodka (puste jajo płodowe), bardzo wczesna ciąża bez stwierdzonego zarodka, resztki po poronieniu, ciąża ekotopowa bez stwierdzonego zarodka itp.

W miarę możliwości organizacyjnych szpitala nie należy umieszczać pacjentek, które utraciły ciążę z pacjentkami, które szczęśliwie urodziły.

Po usłyszeniu poszczególnych pytań pacjentka nie musi od razu podejmować decyzji, a jeśli ją podejmie – nie musi być ona ostateczna. Gdy udzieli odpowiedzi negatywnych na pytania wstępne, należy jej przekazać, że może zmienić zdanie i poinformować o tym personel medyczny (położną, lekarza, psychologa, sekretarkę medyczną) bezpośrednio lub przez osobę bliską. Po stracie starszej ciąży niezbędne jest ponowienie pytania o pożegnanie z dzieckiem po poronieniu/porodzie oraz zapytanie, czy pojawiła się laktacja (jeśli tak – podjęcie odpowiednich działań). Na pytania nr 8 i 9 najlepiej odpowiedzieć od razu. Jeśli nie znasz odpowiedzi na zadane przez pacjentkę pytanie, zapewnij udzielenie jej przez właściwy personel.

2. Warunki pożegnania

Nawet jeśli tylko jedno z rodziców pragnie uczestniczyć w pożegnaniu, należy to umożliwić. Warto zarezerwować na nie około dwóch godzin, ale czas należy elastycznie dostosować do potrzeb rodziny. Całe spotkanie powinno przebiegać w atmosferze intymności, troski i zrozumienia.

Najlepiej, aby pożegnanie miało miejsce w indywidualnej sali, w której przebywa/urodziła pacjentka. Można, zgodnie z jej wolą, poprosić o obecność rodziny lub bliskich jej osób. Jeżeli pacjentka przebywa w sali wieloosobowej, na czas pożegnania należy zapewnić rodzinie intymność – pojedynczą salę lub – w wyjątkowych sytuacjach, gdy takim miejscem nie dysponujemy – pożegnanie powinno mieć miejsce w wydzielonej części sali (np. osłoniętej parawanem). Należy również umożliwić obecność osób bliskich. Jeśli pacjentka wyraża taką potrzebę, może towarzyszyć jej ktoś z personelu (psycholog, lekarz, położna/pielęgniarka, kapłan, pracownik socjalny).

Dziecko powinno być odpowiednio przygotowane – ubrane, zawinięte w pieluszki/kocyk. Deformacje powinny być osłonięte. Pacjentka ma prawo obejrzeć dziecko. Pacjentka (rodzina, bliscy) może wykonać zdjęcia, a jeśli wyraża taką potrzebę, personel powinien pomóc w zabezpieczeniu innych pamiątek (odcisk stopy, opaska identyfikacyjna, zdjęcie USG znajdujące się w dokumentacji itp.). W przypadku wczesnej ciąży możliwość oglądania należy uzależnić od sytuacji.

3. Płeć dziecka

Udzielając pacjentce informacji należy mieć na uwadze pewne ograniczenia związane z zaawansowaniem ciąży. Po 15-16. tygodniu ciąży, poza wyjątkowymi sytuacjami, można określić płeć dziecka. We wczesnej ciąży nie zawsze istnieje możliwość uwidocznienia tkanek płodu i proponowanie oglądania ich w takiej sytuacji nie jest wskazane. Również może nie być możliwe określenie płci dziecka. Wówczas, jeśli pacjentka pragnie poznać płeć nienarodzonego dziecka, należy odpowiednio wcześniej poinformować ją o możliwości wykonania badania genetycznego na jej koszt. Tkanki powinny być właściwie zabezpieczone przez szpital. Materiał biologiczny do badań genetycznych powinien być pobrany przez lekarza lub położną, umieszczony w jałowym pojemniku i zalany jałową solą fizjologiczną. Zabezpieczony materiał powinien jak najszybciej dotrzeć do placówki wykonującej badanie. Pacjentka wypełnia i podpisuje: formularze dotyczące poronienia, zgodę na badania i druk zlecenia obowiązujący w danym laboratorium (zwykle do pobrania ze strony www). Sposób dostarczenia materiału powinien zostać uzgodniony między szpitalem, rodziną i placówką.

Wykonanie badania genetycznego materiału z poronienia nie jest refundowane przez NFZ i nie wymaga skierowania od lekarza. Koszt ponosi pacjentka. Czas oczekiwania na wyniki wynosi około dwóch tygodni.

Informacja o płci dziecka umożliwia szpitalowi wypełnienie karty martwego urodzenia. Na podstawie tej karty Urząd Stanu Cywilnego sporządza akt urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe. Akt urodzenia jest niezbędny do otrzymania zasiłku pogrzebowego. Warto wiedzieć, że niezależnie od czasu trwania ciąży, możliwe jest pochowanie dziecka martwo urodzonego, dla którego – wobec nieustalenia płci – nie sporządzono aktu urodzenia. W takim przypadku szpital wydaje kartę zgonu, którą uzupełnia jedynie w części przeznaczony dla administracji cmentarza.

Prawo do pochówku określa *Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych*.

Etapy żałoby

Sprawując opiekę nad osobą, która przeżywa stratę kogoś bliskiego, warto wiedzieć więcej na temat żałoby. Jest to proces psychiczny, który przebiega w sposób bardzo indywidualny. Składa się z kilku etapów trwających około 6-12 miesięcy, czasem nawet do dwóch lat.

- Pierwszy etap – trudno jest zaakceptować sytuację, jaką jest śmierć ukochanej osoby czy oczekiwanego dziecka. Pojawić się mogą: odrętwienie, szok, trudności z wyrażaniem uczuć, niepohamowane wybuchy płaczu itp.
- Drugi etap – tęsknota i żal, które wiążą się z uczuciem pustki, brakiem ukochanego dziecka, tęsknotą za nim czy też za marzeniami z nim związanymi.
- Trzeci etap – dezorganizacja. Osoba doświadcza poczucia beznadziejności, trudno jej się zaangażować w jakiegokolwiek działania. Doświadcza lęku i irracjonalnego wrażenia, że to wszystko jest jakąś przypadkową omyłką, że to zły sen. Nic nie przynosi radości.

Faza druga i trzecia mogą przez jakiś czas się przenikać.

- Ostatni etap – reorganizacja. Wiąże się z odzyskaniem kontroli nad własnym życiem, akceptacją straty ukochanej osoby z jednoczesną możliwością utrzymywania o niej wspomnień.

Na każdym etapie żałoby niezbędne jest wsparcie bliskich, rodziny, przyjaciół, personelu medycznego. Jeśli to nie wystarcza i doświadczane emocje uniemożliwiają codzienne

funkcjonowanie dezorganizując różne sfery życia, powinno się skorzystać z profesjonalnej pomocy psychologa, psychoterapeuty lub lekarza psychiatry.

4. Pomoc psychologiczna

Pacjentce w przypadku niepowodzenia położniczego zapewnia się szczególną pomoc. Polega ona m.in. na tym, że po przekazaniu informacji o zdarzeniu należy umożliwić pacjentce pomoc psychologiczną i wsparcie dla osób bliskich, zgodnie z jej życzeniem.

Należy poinformować pacjentkę przy wypisie ze szpitala, że ma prawo do skorzystania ze świadczeń poradni zdrowia psychicznego. Skierowanie do psychologa lub psychoterapeuty wystawia lekarz wpisując rozpoznanie np.: F43.2 (zaburzenia adaptacyjne) lub F32 (zaburzenia depresyjne). Pomoc psychologiczna przysługuje także bliskim jej osobom. Wykaz placówek, które mają podpisane umowy z NFZ dostępny jest na stronie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ: www.nfz-warszawa.pl.

Pacjentka powinna otrzymać też informację, że istnieją grupy wsparcia dla rodziców w żałobie, organizowane najczęściej przy hospicjach dziecięcych. Kontakty można znaleźć w Internecie.

5. Informacje, które mogą być istotne dla pacjentki

- W przypadku pytań dotyczących kolejnych ciąż warto pamiętać, że minimalna przerwa powinna wynosić: 3 miesiące po poronieniu wczesnym, 6 miesięcy po poronieniu późnym, około roku po porodzie przedwczesnym lub porodzie drogami natury w ciąży donoszonej, około 1,5 roku po cięciu cesarskim. Czas ten warto wykorzystać na przygotowanie do kolejnej ciąży, w tym wykonanie badań mogących zmniejszyć ryzyko kolejnej straty.
- Ochrzczyć można tylko dziecko żywe.
- Symboliczny pochówek jest możliwy również, gdy tkanki dziecka nie są kompletne z nimi (ale nie dotyczy zmienionej ciążowo błony śluzowej macicy).
- Na cmentarzach w wielu miastach (z inicjatywy parafii/diecezji, władz samorządowych i rodziców) powstają miejsca zbiorowego pochówku dzieci martwo urodzonych, których rodzice nie odebrali ze szpitala.
- Pacjentce mogą przysługiwać świadczenia wynikające z *Kodeksu pracy*, np.: urlop macierzyński, ponadto ma możliwość uzyskania zasiłku macierzyńskiego i zasiłku pogrzebowego. Więcej informacji o warunkach uzyska w oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

6. Jeśli towarzyszysz osobom, które utraciły dziecko

- Pozwól im na wyrażanie uczuć, słuchaj i nie osądzaj.
- Bądź obecny i pamiętaj, że towarzyszenie w milczeniu często jest cenniejsze niż słowa pociechy, które w sytuacji śmierci dziecka wydają się błahe.
- Podziel się z nimi swoimi uczuciami, ale nie umniejszaj ich przeżyć opowiadając o swoich lub cudzych doświadczeniach związanych ze śmiercią.
- Nie udzielaj rad, nie zacieraj śladów istnienia dziecka (nie chowaj ubranek, dziecięcych sprzętów itp.), nie odwracaj uwagi od śmierci dziecka.
- Bądź pomocny w czynnościach dnia codziennego (przygotuj jedzenie, posprzątaj, pomóż załatwić formalności urzędowe), ale nie wyręczaj całkowicie.
- Szanuj decyzje matki/rodziców co do sposobu pożegnania dziecka (również symbolicznego).
- Nie krytykuj woli matki/rodziców.

Koniecznym zapoznaj się z *Informacjami dla pacjentki i jej bliskich (str.13)*. Przekaż wydruk właściwym osobom.

Załącznik 1. ANKIETA PACJENTKI (wypełnia personel medyczny)

Dane pacjentki: nr ks. głównej.....
(imię i nazwisko)

Pytania wstępne:

1. Czy chciałaby Pani porozmawiać na temat tego co się wydarzyło?
tak nie nie wiem

2. Czy życzy sobie Pani porozmawiać z:
osobą bliską: tak nie nie wiem
psychologiem: tak nie nie wiem
osobą duchowną: tak nie nie wiem

3. *Czy chciałaby Pani porozmawiać na temat dziecka?*
tak nie nie wiem

Pytania zasadnicze po pozytywnej odpowiedzi na pytanie 3:

4. Czy chciałaby Pani porozmawiać o możliwości pożegnania się z dzieckiem?
tak nie nie wiem

5. Czy przed podjęciem decyzji chciałaby Pani porozmawiać z osobą bliską?
tak nie nie wiem

Pytania do pacjentki pragnącej pożegnać się z dzieckiem:

6. Czy chciałaby Pani zobaczyć dziecko?
tak nie nie wiem

7. Czy chciałaby Pani otrzymać jakąś formę pamiątki po dziecku, np.: opaskę, karteczki z inkubatora?
tak nie nie wiem

8. Czy chce Pani dokonać pochówku zmarłego dziecka?
tak nie nie wiem

9. Czy pozostawia Pani dziecko w szpitalu?
tak nie nie wiem

Pytanie zasadnicze po pozytywnej odpowiedzi na pytanie 3 w przypadku poronienia do 16. tyg. ciąży:

10. Czy decyduje się Pani na wykonanie badań genetycznych w celu określenia płci dziecka?

tak nie nie wiem

Pytania końcowe:

11. Czy chce Pani jeszcze o coś zapytać?

tak nie nie wiem

Proszę podać:

12. Czy możemy jeszcze Pani w czymś pomóc?

tak nie nie wiem

Proszę podać:

13. Jeśli zmieni Pani zdanie prosimy o poinformowanie o tym personelu medycznego (położnej, lekarza, psychologa, sekretarki medycznej) bezpośrednio lub przez osobę bliską.

data, godzina

podpis i pieczęć osoby wypełniającej

Załącznik 2. ARKUSZ OCENY Rekomendacji

Arkusz oceny służy dopasowaniu Rekomendacji do warunków pracy w szpitalach. Pierwsza ewaluacja nastąpi po 6 miesiącach od przekazania materiału do oddziałów ginekologiczno-położniczych, kolejne – okresowo. Prosimy o wypełnienie trzech tabel.

Prosimy o ocenę przydatności w skali od 1 do 5:

- 1 - zdecydowanie nieprzydatne
- 2 - raczej nieprzydatne
- 3 - ani przydatne ani nieprzydatne
- 4 - raczej przydatne
- 5 - zdecydowanie przydatne.

W przypadku oceny równej lub niższej niż 3 prosimy o dodanie uwagi uzasadniającej.

Tabela I. Ocena Rekomendacji

Element Rekomendacji	Ocena	Uwagi / Propozycje zmian
Ankieta dla pacjentki		
Wskazówki dla personelu medycznego		
Arkusz oceny Rekomendacji		
Informacje dla pacjentki i jej bliskich		

Tabela II. Liczba i rodzaj zdarzeń

Liczba pacjentek Przyczyna	Tydzień ciąży							
	do 16	17-22	23-28	29-34	35-36	37-40	>40	Łącznie
Wada płodu lub zaburzenie genetyczne								
Obumarcie wewnątrzmaciczne								
Zdarzenie samoistne								
Indukcja ze wskazań matczynych								
Indukcja ze wskazań innych								
Łącznie								
Uwagi								
Liczba pacjentek korzystających z porady psychologa								
Liczba pacjentek korzystających ze wsparcia osoby duchownej								
Łącznie								

Tabela III. Warunki organizacyjne

Dostępność*	Tak - zawsze, codziennie	Tak - czasami, w określone dni tygodnia	Tak - na wezwanie	Nie
Oddzielnych pomieszczeń do pożegnania się				
Psychologa w szpitalu				
Psychologa w poradni przyszpitalnej				
Lekarza				
Położnej				
Osoby duchownej				
Co warto zmienić, co stanowi problem? (krótki opis)				

* Proszę podać liczbę przypadków

INFORMACJE DLA PACJENTKI I JEJ BLISKICH

Śmierć jest częścią życia każdego z nas, ale na co dzień trudno nam o niej mówić, a nawet myśleć, zwłaszcza jeśli dotyczy dziecka. Utrata bliskiej osoby jest najtrudniejszym doświadczeniem, jakiego doznajemy w życiu. Gdy umiera dziecko, świat jego rodziców zmienia się. Nie ma znaczenia, czy miało ono kilka tygodni czy miesiący, zmarło w łonie matki czy tuż po swoich narodzinach. Nie jest ważna również przyczyna.

Odczucia rodziców po utracie dziecka są podobne. Rozpadają się marzenia, plany, nadzieje pokładane w maleństwie. Uczucie pustki, żal, złość, poczucie niesprawiedliwości i doznanej krzywdy są naturalną reakcją. Pozwól sobie na przeżywanie żałoby.

Możesz poprosić personel o informacje dotyczące możliwości pożegnania się z dzieckiem oraz o zabezpieczenie pamiątek po nim. Zapytaj, jakie prawa przysługują Ci w związku ze stratą dziecka. Pamiętaj, że nikt dokładnie nie wie co czujesz, ale wiele osób jest w stanie wyobrazić sobie, co może znaczyć śmierć dziecka. Może pomoże Ci obecność kogoś bliskiego, psychologa czy osoby duchownej. Powiedz o tym opiekującemu się Tobą personelowi medycznemu.

Nie bój się okazywać swoich uczuć. Śmierć dziecka jest jednym z najcięższych doświadczeń, z jakimi będziesz musiała nauczyć się żyć. Nie można o tym zapomnieć, zająć się pracą, zastąpić zmarłe dziecko innym. To po prostu trzeba przeżyć. Nikt nie jest też w stanie odpowiedzieć na pytanie „dlaczego mnie to spotkało?” lub „czy można było temu zapobiec?”.

1. Etapy żałoby

Żałoba to proces psychiczny, który przebiega w sposób bardzo indywidualny. Składa się z kilku etapów trwających około 6-12 miesięcy, czasem do dwóch lat.

- Pierwszy etap – trudno jest zaakceptować sytuację, jaką jest śmierć ukochanej osoby czy oczekiwanego dziecka. Pojawić się mogą: odrętwienie, szok, trudności z wyrażaniem uczuć, niepohamowane wybuchy płaczu itp.
- Drugi etap – tęsknota i żal, które wiążą się z uczuciem pustki, brakiem ukochanego dziecka, tęsknotą za nim czy też za marzeniami z nim związanymi.
- Trzeci etap – dezorganizacja. Osoba doświadcza poczucia beznadziejności, trudno jej się zaangażować w jakiegokolwiek działania. Doświadcza lęku i irracjonalnego wrażenia, że to wszystko jest jakąś przypadkową omyłką, że to zły sen. Nic nie przynosi radości. Faza druga i trzecia mogą przez jakiś czas się przenikać.

- Ostatni etap – reorganizacja. Wiąże się z odzyskaniem kontroli nad własnym życiem, akceptacją straty ukochanej osoby z jednoczesną możliwością utrzymywania o niej wspomnień.

Na każdym etapie żałoby niezbędne jest wsparcie bliskich, rodziny, przyjaciół, personelu medycznego. Jeśli to nie wystarcza i doświadczane emocje uniemożliwiają codzienne funkcjonowanie, dezorganizując różne sfery życia, powinno się skorzystać z profesjonalnej pomocy psychologa, psychoterapeuty lub lekarza psychiatry.

- Powinnaś otrzymać skierowanie do psychologa lub psychoterapeuty w poradni zdrowia psychicznego.
- Wykaz placówek, które mają podpisane umowy z NFZ dostępny jest na stronie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ: www.nfz-warszawa.pl.
- Grupy wsparcia dla rodziców w żałobie organizowane są najczęściej przy hospicjach dziecięcych. Dane kontaktowe do nich można znaleźć w Internecie.

2. Jeśli towarzyszysz osobom, które utraciły dziecko

- Pozwól im na wyrażanie uczuć, słuchaj i nie osądzaj.
- Bądź obecny i pamiętaj, że towarzyszenie w milczeniu często jest cenniejsze niż słowa pociechy, które w sytuacji śmierci dziecka wydają się błahe.
- Podziel się swoimi uczuciami, ale nie umniejszaj ich przeżyć opowiadając o swoich lub cudzych doświadczeniach związanych ze śmiercią.
- Nie udzielaj rad, nie zacieraj śladów istnienia dziecka (nie chowaj ubranek, dziecięcych sprzętów itp.), nie odwracaj uwagi od śmierci dziecka.
- Bądź pomocny w czynnościach dnia codziennego (przygotuj jedzenie, posprzątaj, pomóż załatwić formalności urzędowe), ale nie wyręczaj całkowicie.
- Szanuj decyzje matki/rodziców, co do sposobu pożegnania dziecka (również symbolicznego).
- Nie krytykuj woli matki/rodziców.

3. Informacje, które mogą być istotne

- Jeśli możliwe jest określenie płci Twojego dziecka, szpital wystawia kartę martwego urodzenia, którą przekazuje do Urzędu Stanu Cywilnego (USC). Wówczas musisz udać się do USC w celu zgłoszenia dziecka i otrzymasz akt urodzenia z adnotacją o urodzeniu martwym. Szpital na Twój wniosek wypełni także kartę zgonu, która jest niezbędna do dokonania pochówku.
- Określenie płci dziecka jest możliwe po 15-16. tygodniu ciąży (poza wyjątkowymi sytuacjami). Jeżeli niemożliwe jest określenie płci, można wykonać badania genetyczne na własny koszt (nie są refundowane przez NFZ). Wykonanie badania genetycznego materiału z poronienia nie wymaga skierowania od lekarza. Tkanki powinny być odpowiednio zabezpieczone bezpośrednio po zdarzeniu. O szczegóły zapytaj personel medyczny. Czas oczekiwania na wyniki wynosi około dwóch tygodni. W tym przypadku dokumenty do Urzędu Stanu Cywilnego wypełniane są po otrzymaniu wyniku badania genetycznego.
- Gdy nie jest możliwe określenie płci dziecka, szpital nie wystawia karty martwego urodzenia. Nie ma wówczas możliwości zgłoszenia urodzenia do USC. Masz jednak prawo do dokonania pochówku. Należy w tym celu złożyć wniosek do szpitala o wydanie karty zgonu, którą ten uzupełnia w części przeznaczony dla administracji cmentarza.
- Symboliczny pochówek jest możliwy również, gdy tkanki dziecka nie są kompletne (ale nie dotyczy zmienionej ciążowo błony śluzowej macicy). Na cmentarzach w wielu miastach (z inicjatywy parafii/diecezji, władz samorządowych i rodziców) powstają miejsca zbiorowego pochówku dzieci martwo urodzonych. W przygotowanych grobowcach zostają złożone szczątki zmarłych dzieci, których rodzice nie odebrali ze szpitala.
- Ochrzczyć można tylko dziecko żywe.
- W przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży masz prawo do urlopu i zasiłku macierzyńskiego oraz do zasiłku pogrzebowego. Na podstawie skróconego aktu urodzenia dziecka z USC masz prawo do zasiłku macierzyńskiego i urlopu macierzyńskiego w wymiarze 8 tygodni. Dowiedz się w swoim oddziale ZUS, jakie warunki musisz spełnić, aby otrzymać powyższe świadczenia.
- Jeśli pojawiła się laktacja, koniecznie powiedz o tym lekarzowi lub położnej.
- Przy planowaniu kolejnych ciąż pamiętaj, że minimalna przerwa powinna wynosić: 3 miesiące po poronieniu wczesnym, 6 miesięcy po poronieniu późnym, około roku po porodzie przedwczesnym lub porodzie drogami natury w ciąży donoszonej, około 1,5 roku po cięciu cesarskim. Czas ten warto wykorzystać na przygotowanie do ciąży, w tym wykonanie badań mogących zmniejszyć ryzyko kolejnej straty.

4. Regulacje prawne*

1. **Prawa pacjenta** – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.).
2. **Urlop macierzyński** – ustawa z dnia z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.).
3. **Świadczenia z tytułu zasiłku macierzyńskiego** – ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017 r. poz. 1368, z późn. zm.).
4. **Dokumenty niezbędne do otrzymania zasiłku macierzyńskiego** – rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków (Dz. U. z 2017 r. poz. 87).
5. **Obowiązek zgłoszenia przez lekarza lub położną urodzenia dziecka** (żywego lub martwego) – ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2224, z późn. zm.).
6. **Wzory karty urodzenia i karty martwego dziecka** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia (Dz. U. poz. 2305).
7. **Zasiłek pogrzebowy** – ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270, z późn. zm.).
8. **Warunki pochówku** – ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz. 912, z późn. zm.).
9. **Dokumentacja medyczna oraz wydanie dokumentów związanych z poronieniem i urodzeniem martwego dziecka** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).
10. **Sekcja zwłok dziecka martwo urodzonego** – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.).
11. **Wzór karty zgonu** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz.U. poz. 231).
12. **Nowy wzór karty zgonu** – komunikat uzupełniający Ministerstwa Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/novy-wzor-karty-zgonu>
13. **Dokumenty niezbędne do otrzymania zasiłku pogrzebowego** – rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 października 2011 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe (Dz. U. poz. 1412).
14. **Udzielenie pomocy psychologicznej** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756). Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 48/2016/DSOZ z dnia 20 czerwca 2016 r. zmieniające niektóre zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w związku ze świadczeniami opieki zdrowotnej udzielanymi na rzecz kobiet z rozpoznawanymi wadami rozwojowymi płodu.
15. **Dokumentacja potwierdzająca urodzenie żywego lub martwego dziecka** – pismo Ministra Zdrowia kierowane do wojewodów z dnia 5 lutego 2015 r. OKR-RM.450.5.2.2015.

*stan na dzień 30 stycznia 2019 r.

Notatki

Mazowiecki Urząd Wojewódzki
pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa
www.mazowieckie.pl