

RZECZPOSPOLITA
POLSKA



(12)

OPIS OCHRONNY WZORU PRZEMYSŁOWEGO

(19) **PL** (11) **25106**

(21) Numer zgłoszenia: **27179**

(51) Klasyfikacja:
19-04

Urząd Patentowy
Rzeczypospolitej Polskiej

(22) Data zgłoszenia: **11.12.2018**

(54)

Segregator

(45) O udzieleniu prawa z rejestracji ogłoszono:
30.04.2019 WUP 4/2019

(73) Uprawniony z rejestracji wzoru przemysłowego:

**ROGER PUBLISHING SPÓŁKA
Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,
Warszawa, (PL)**

(72) Twórca(y) wzoru przemysłowego:

**NICOLE SOCHACKI-WÓJCICKA,
Warszawa, (PL)**

PL 25106

Opis wzoru przemysłowego

Przedmiotem wzoru przemysłowego jest segregator w niewielkim zeszytowym formacie, skierowany dla kobiet i par będących w ciąży, zawierający informacje medyczno-edukacyjne związane z prowadzeniem ciąży. Segregator utworzony jest z okładki oraz luźnych kartek z informacjami przygotowanymi przez lekarzy i specjalnie zaprojektowanych i opisanych kieszeni na dokument (kopert) wpiętych w otwierany metalowy grzbiet. Całość zamykana jest na gumkę.

Istotę zgłoszenia wzoru przemysłowego stanowi nowa postać segregatora o indywidualnym charakterze. Nowość i oryginalność wzoru przemysłowego przejawia się tym, że w nieobecnym dotychczas formacie zawiera przygotowane przez lekarzy informacje pomocne w procesie od momentu zajścia w ciążę do momentu jej rozwiązania.

Przedmiot wzoru przemysłowego jest uwidoczniony na fotografiach przedstawiających:

- Fig. 1 – widok pierwszej strony okładki segregatora;
- Fig. 2 – widok pierwszych dwóch stron segregatora z danymi do uzupełnienia oraz specjalną kopertą na dokumenty do przechowywania na kolejną wizytę;
- Fig. 3 – widok kolejnych stron z terminarzem wizyt oraz kalendarium ciąży;
- Fig. 4 – widok kolejnych stron z dalszym kalendarium ciąży oraz zaleceniami suplementacji folianów;
- Fig. 5 – widok kolejnych stron z kartą leków oraz specjalną kopertą na badania moczu;
- Fig. 6 – widok kolejnych stron z informacjami o badaniu moczu oraz specjalną kopertą na podstawowe badania krwi;
- Fig. 7 – widok kolejnych stron z rozpisanymi badaniami, które trzeba wykonać w danym tygodniu ciąży oraz specjalną kopertą na obowiązkowe badania USG w ciąży;
- Fig. 8 – widok kolejnych stron z opisem USG I trymestru oraz opisem USG połówkowego;
- Fig. 9 – widok kolejnych stron z opisem USG III trymestru oraz specjalną kopertą na wyniki badań profilaktycznych oraz wczesnej ciąży;
- Fig. 10 – widok kolejnych stron z wyjaśnieniem badań takich jak cytologia, USG piersi, badanie stężenia HCG oraz specjalną kopertą na karty wypisowe i konsultacje specjalistyczne;
- Fig. 11 – widok kolejnych stron z informacją kiedy zgłosić się na Izbę Przyjęć oraz specjalną kopertą na badania niezbędne do przyjęcia do porodu;
- Fig. 12 – widok kolejnych stron z informacją co jest potrzebne do przyjęcia do porodu oraz kartą na notatki/pytania;
- Fig. 13 – widok kolejnych stron z czystą kartą na pytania oraz specjalną kopertą na dodatkowe dokumenty;
- Fig. 14 – widok kolejnych stron z tyłem koperty na dodatkowe dokumenty oraz ostatnią stroną wewnętrzną okładki z plastikową zakładką na zdjęcia USG;
- Fig. 15 – widok ostatniej strony – okładki segregatora;
- Fig. 16 – widok całości rozłożonej okładki segregatora tj. jej pierwszej i ostatniej strony plus grzbietu.

Rozwiązanie według wzoru przemysłowego umożliwia zdobycie podstawowych informacji na temat dąży i jej prowadzenia od lekarza który jest autorem segregatora. Pozwala to uniknąć poszukiwania wiedzy z wielu różnych i często niesprawdzonych źródeł. Ze względu na gromadzenie wyników segregator jest także innowacyjnym narzędziem ułatwiającym (przyspieszającym) prowadzenie wizyt przez lekarza.

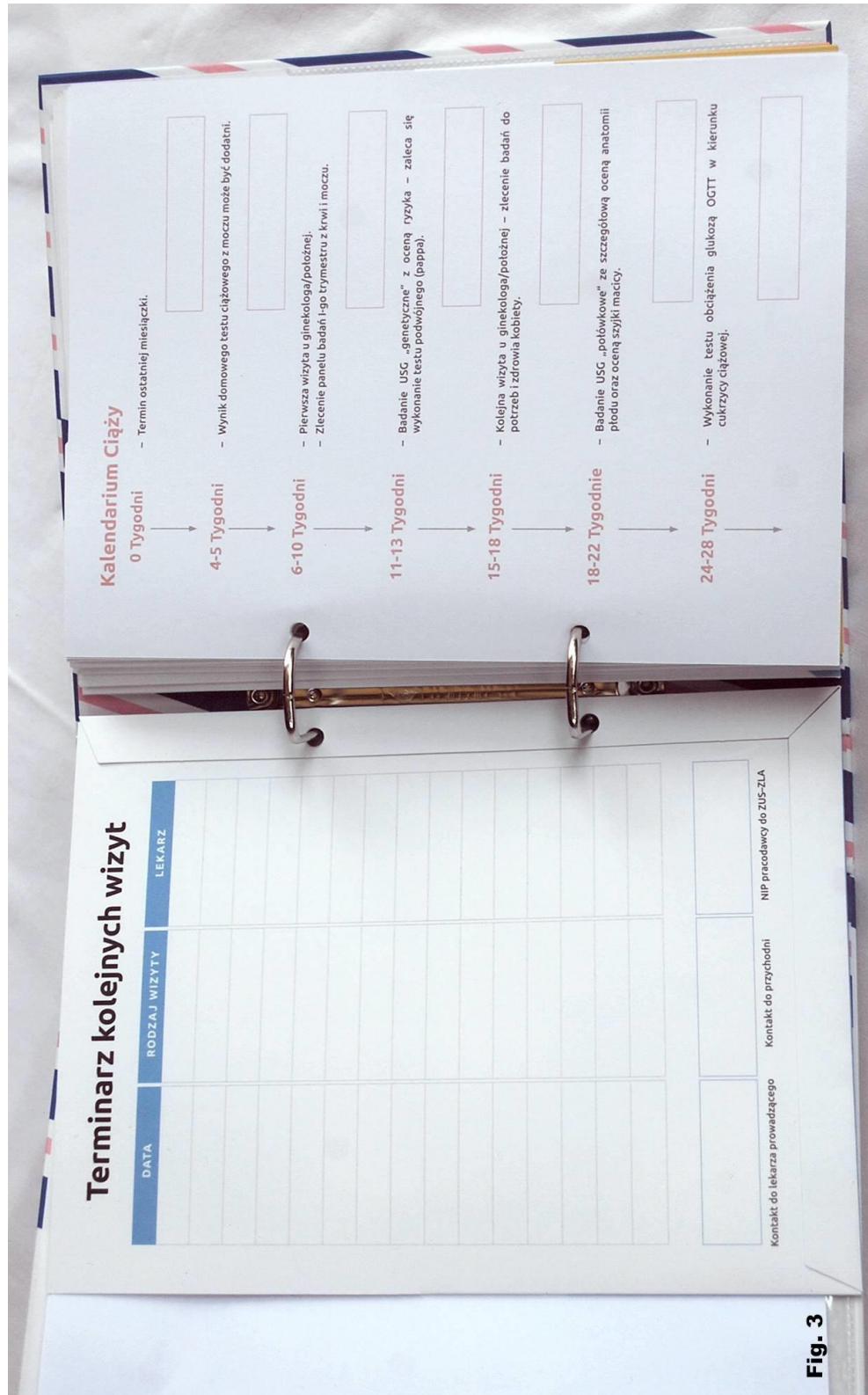
Ilustracja wzoru



Fig. 1



Fig. 2



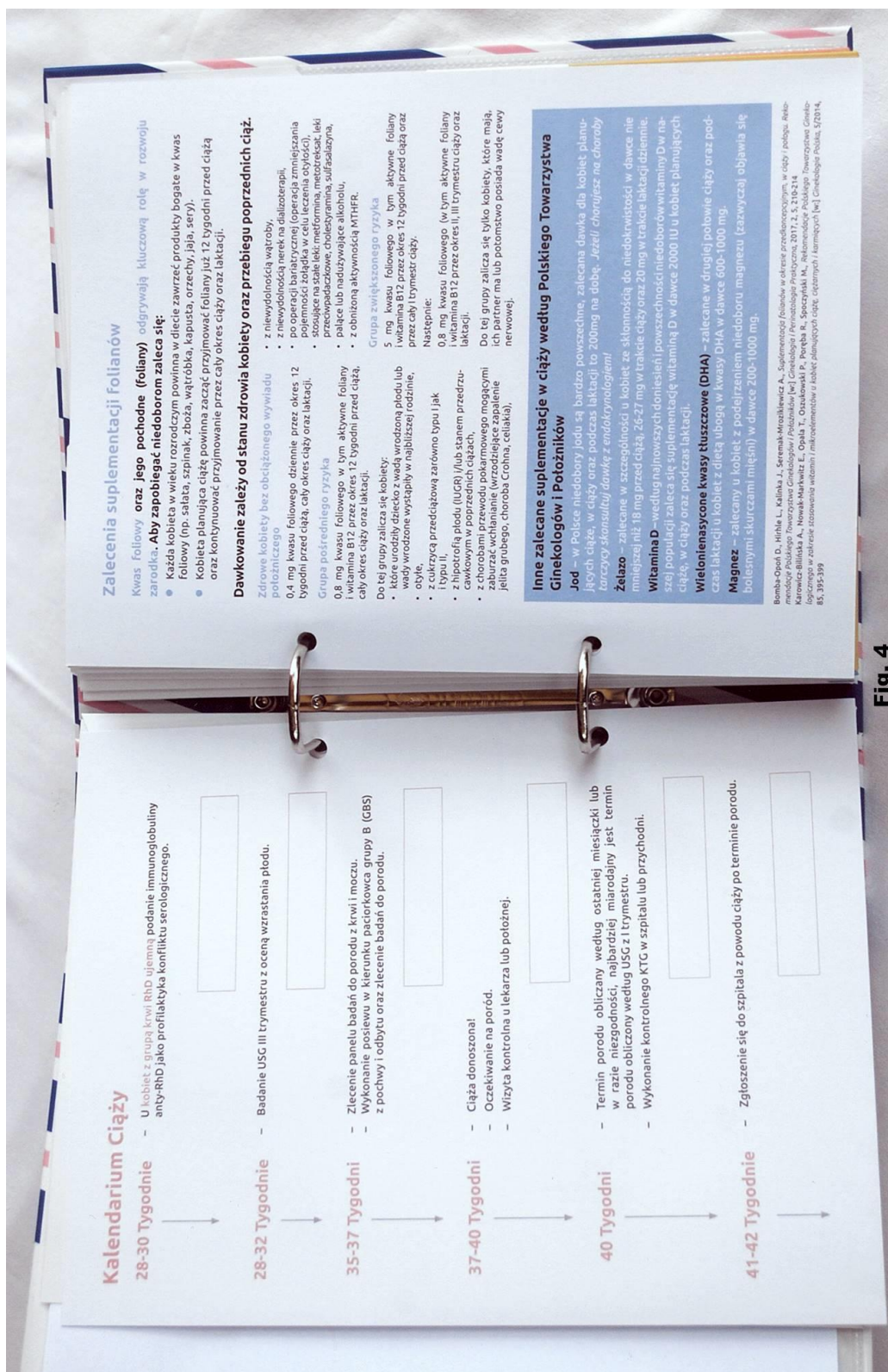


Fig. 4



Fig. 6

W ciąży badanie ogólne moczu jest wykonywane prawie na każdą wizytę.

Celem tego badania jest szybkie rozpoznanie infekcji dróg moczowych, która u ciężarnych może przebiegać nawet bez charakterystycznych objawów, a mimo wszystko wymaga leczenia.

Typowe objawy zapalenia układu moczowego:

- częste oddawanie moczu
- bóle w podbrzuszu
- bólne parcie na mocz
- trudności w utrzymaniu moczu
- pieczenie przy oddawaniu moczu

Jeżeli pojawiają się u Ciebie takie objawy – nie panikuj! Często objawy te wcale nie oznaczają infekcji, ale mogą być po prostu... oznaką ciąży. Powiększająca się macica wywiera nacisk na pęcherz moczowy, a najważniejszy hormon ciążyowy (progesteron) zwiększa produkcję i częstotliwość oddawania moczu.

Jeżeli w podstawowym badaniu ogólnym moczu wyjdą oznaki infekcji dróg moczowych (bakterie, leukocyty), to lekarz zleci posiew moczu przed rozpoczęciem leczenia.

Kolejnym celem badania ogólnego moczu jest sprawdzenie czy w moczu nie pojawiają się substancje, które mogą świadczyć o innym procesie chorobowym w organizmie matki, np. białko w moczu przy stanie przedrzucawkowym lub glukoza przy cukrzycy ciążowej.

Do pewnego miana te substancje mogą znajdować się w moczu, dlatego wynik zawsze powinien interpretować lekarz lub położna. Najważniejsze jest, aby mocz był prawidłowo oddany, inaczej wynik może być fałszywie dodatni.

Oto zasady jak prawidłowo oddawać mocz na badanie:

- 1 Powinieneś być to mocz poranny (jeżeli wstajesz w nocy do WC, to poranny mocz to ten, który oddasz rano już po tym ostatecznym przebudzeniu).
- 2 Nie oddawaj moczu do WC.
- 3 Weź nowy, czysty pojemnik na mocz (najlepiej jałowy, a na posiew KONIECZNIE jałowy) pod prysznic.
- 4 Podmyj się. Jeżeli masz dużo wydzielin z pochwy zakryj ujście wacikiem lub tamponem.
- 5 Lekko kucząc i rozchylając nogi zacznij oddawać mocz.
- 6 Po ok. 1 sekundzie złap mocz do pojemnika (jest to tak zwany środkowy strumień moczu), wypełnij go 1/2 do 2/3 objętości.
- 7 Zakręć pojemnik, odstaw. Mocz powinien być dostarczony do laboratorium w przeciągu 2 godzin.

Jeżeli wyniki badań moczu masz na tej samej kartce co badania krwi – możesz włożyć je do kolejnej zakładki albo skanować, przycięć i wrzucić tu.



Podstawowe badania z krwi

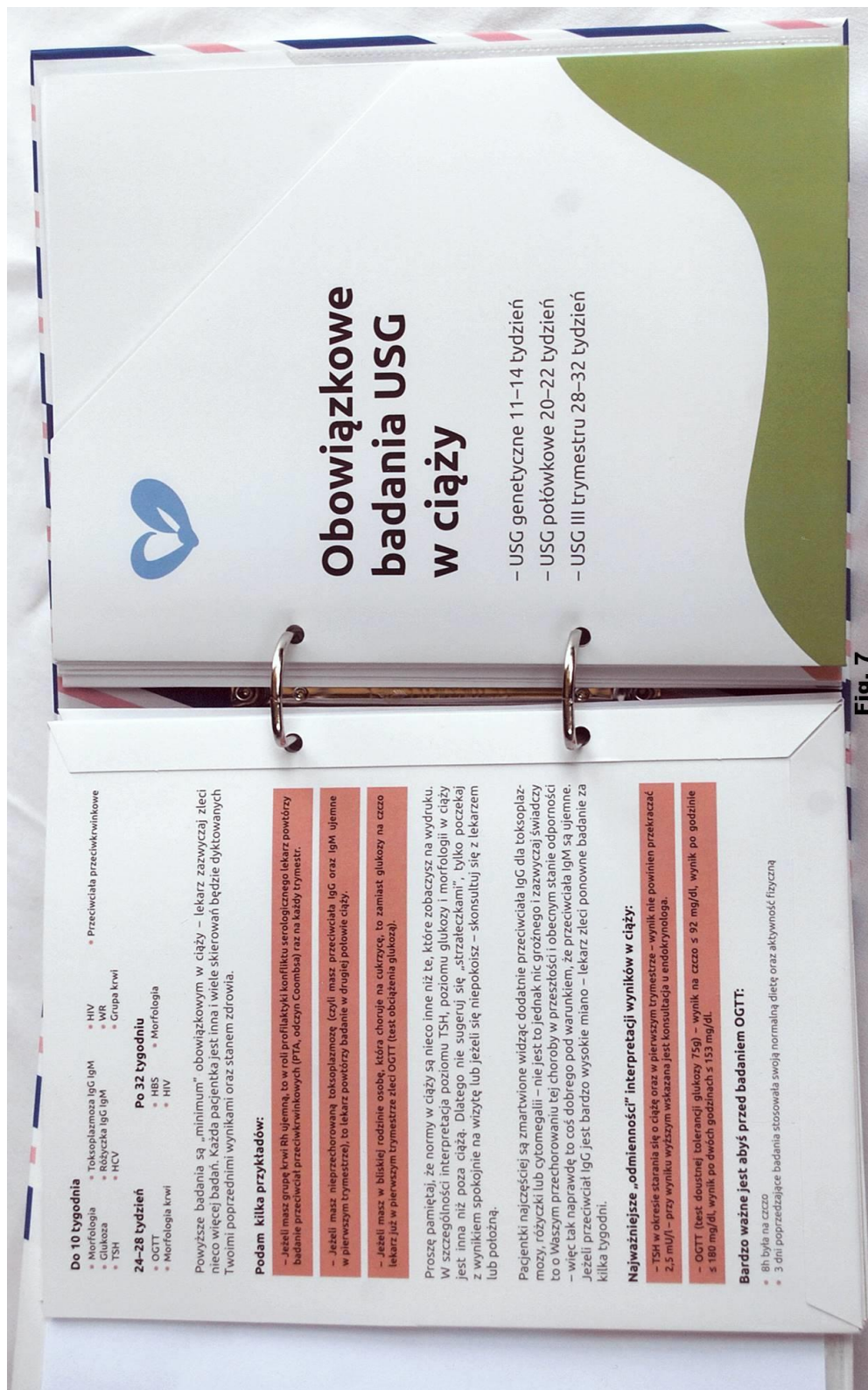


Fig. 7

USG genetyczne I trymestru

USG genetyczne I trymestru może być wykonane między 11 tyg. +1 dzień a 14 tyg. +1 dzień.

Długość ciemieniowo-siedzeniowa (czyli CRL – długość „od główki do pupy”) musi wynosić między 45mm a 84mm – w innym przypadku jest za wcześnie lub za późno na to badanie.

Idealnym momentem na USG jest okres pomiędzy 12 a 13 tygodniem. Ponieważ w 11 tygodniu nie ma jeszcze wyraźnego kształtu twarzy (np. arcy nie da się jeszcze szczegółowo ocenić). Natomiast po 13 tygodniu trudno jest wtedy prawidłowo zmierzyć zarówno CRL, jak i przemieszczenie karku (NT – nuchal translucency). Często badanie trwa wtedy dłużej.

Badanie ma 3 główne cele:

1. Ocena wieku ciąży – czy jest zgodny z poprzednim datowaniem według ostatniej miesiączki. Na tym etapie każda długość CRL odpowiada konkretnemu wiekowi ciąży.
2. Pierwsza ocena anatomii płodu.
3. Ocena ryzyka wystąpienia wad chromosomalnych płodu.

Badanie powinno być wykonane przez lekarza posiadającego aktualny certyfikat FMF (Fetal Medicine Foundation – lista lekarzy dostępna jest na www.fetalmedicine.org).

U każdej kobiety występuje ryzyko urodzenia dziecka z wadami chromosomalnymi (nieprawidłową ilością chromosomów u płodu). Najczęstsza z tych wad jest zespół Downa. Ryzyko wzrasta wraz z wiekiem matki. Według aktualnych wytycznych każda kobieta, niezależnie od wieku oraz wywiadu rodzinnego, powinna mieć wykonane USG genetyczne z oceną ryzyka oraz test Papp-a.

Czym jest test Papp-a?

Jest to badanie wykonane z krwi matki (nieinwazyjne), które zwiększa czułość badania USG genetycznego w zakresie oceny ryzyka wad chromosomalnych. Prawidłowa nazwa tego badania to test podwójny. Czułość USG bez testu Papp-a sięga maksymalnie 80%, natomiast czułość USG z testem Papp-a (testem podwójnym) sięga nawet 95%. Wynik testu jest fałszywie dodatni u 5% kobiet. Ze względu na wysoką czułość oraz fakt, że białko Papp-a jest również wyznacznikiem funkcji łożyska (bardzo istotne np. w kontekście gorszego wzrostania płodu w drugiej połowie ciąży) – test Papp-a powinien być wykonany u KAŻDEJ ciężarnej niezależnie od wieku (zalecenia PTG oraz FMF).

USG genetyczne z testem Papp-a jest badaniem przesiewowym. Badaniem diagnostycznym, czyli takim, które daje pewność, jest badanie inwazyjne – np. amniocentezę genetyczną. Ze względu na możliwe powikłania zalecana jest tylko u kobiet, które uzyskały wynik testu Papp-a powyżej 1:300. Poprzednią oceną ryzyka wad chromosomalnych była analiza chromosomów (niemal zawsze nieprawidłowa – fałszywie dodatni test) – wyciągnięcie płynu owodniowego (niemal zawsze prawidłowy test) – więcej na ten temat: <http://mammaginekolog.pl/niep-czyli-badania-wolnego-plodowego-dna-z-kwi-matki/>

USG połówkowe

Jest to zazwyczaj najdłuższe (około 20–30 minut) i najbardziej szczegółowe USG podczas całej ciąży.

Optymalnym momentem, aby wykonać to badanie jest okres pomiędzy skończonym 20. tygodniem a 22. tygodniem ciąży – dzieciątko waży wtedy około 300–400g. Długość dzieciątka po 14 tygodniu ciąży już się nie mierzy, bo przyjmuje ono różne pozycje i porównywanie tych długości byłoby niemierniaradne. Na tym etapie ciąży oceniamy przybliżoną masę płodu (EFW – estimated fetal weight). Warto jednak podkreślić, że masa płodu w połowie ciąży niewiele mówi nam o tym, jak duże będzie dzieciątko przy porodzie.

Badanie USG połówkowe powinno być wykonane zarówno przebrzuszenie, jak i przezpochwowo. Jedynie drogą przezpochwową można ocenić długość szyjki macicy – niezbędnego pomiaru do oceny ryzyka porodu przedwczesnego. Szyjka macicy powinna mierzyć 25mm lub więcej – jeżeli jest krótsza, oznacza to na możliwość wystąpienia porodu przedwczesnego. Wskazaniem do wykonania badania jest również na możliwość wystąpienia porodu przedwczesnego już na tym etapie.

Jednak głównym celem tego USG ciąży jest szczegółowa ocena anatomii (budowy ciała) płodu. Lekarz ocenia:

- głowę: czaszkę i mózgowie, twarz
- szyję i kark
- klatkę piersiową: serce, śródpiersie, płuca, przeponę
- jamę brzuszną: żołądek, wątrobę, jelita, nerki, przyczep pępowiny do ściany brzucha
- miednicę: pęcherz moczowy, narządy płciowe
- kręgosłup
- kończyny górne i dolne, dłonie i stopy

Poza anatomią dziecka oceniamy również „otoczenie” dziecka:

- lokalizację łożyska. Aby określić, że nie przodkuje powinno być przynajmniej 2cm od ujścia wewnętrznego szyjki macicy. U 10% ciężarnych na tym etapie ciąży łożysko może jeszcze być nisko (czyli odległość mniejsza niż 2cm). Jest to bardzo częste i nie powinno być powodem do zmartwień, ponieważ u większości kobiet w przebiegu kolejnych kilku tygodni łożysko będzie odsuwało się od szyjki macicy wraz ze wzrostem macicy.

- płyn owodniowy. Na tym etapie ciąży zazwyczaj nie mierzymy dokładnej ilości, tylko na „doświadczone oko” widać czy dzieciątko jest całe otoczone płynem i czy jest go wystarczająco.

- pępowinę. Prawidłowa pępowina składa się z trzech naczyń (dwóch tętnic i jednej żyły). Sporadycznie zdarza się, że pępowina jest dwunaczyniowa (jedna tętnica i jedna żyła), lekarz zaleci wtedy dodatkowe badania, ale warto wiedzieć, że większość dzieci z taką pępowiną urodzi się zupełnie zdrowe.

Badanie USG połówkowe powinno być wykonane przez lekarza ginekologa, który specjalizuje się w diagnostyce prenatalnej. Często wasz lekarz prowadzący ciążę nie ma do niego specjalisty. Więcej na temat USG połówkowego znajdziecie tu: <http://mammaginekolog.pl/usg-polowkowe-ciazy/>

Fig. 8

Fig. 9

USG III trymestru

Badanie powinno się wykonać pomiędzy 28 a 32 tygodniem ciąży. W badaniu tym oceniamy rozwój płodu – na podstawie pomiarów główki (HC – obwód główki, BPD – wymiar dwuciemieniowy, czyli „poprzączny” główki), obwodu brzuszka (AC) oraz długości kości udowej (FL) – możemy obliczyć przewidywaną masę płodu (EPW – estimated fetal weight) na daną chwilę. EPW powinno się nanieść na siatkę centylową.

Jak rozumieć centyle? Wyobraźcie sobie sto dzieci w danym wieku ciąży (np. w 30 tygodniu ciąży) ustawione w rzędzie od najmniejszego do największego – najmniejsza będzie na 1 percentylu, największe na 100 percentylu. Prawidłowy rozwój płodu (a później również dziecka) mieści się pomiędzy 10 a 90 percentylem.

W tym badaniu oceniamy również:

- lokalizację łożyska – powinno być przynajmniej 2 cm od ujścia wewnętrznego szyjki macicy.
- ilość płynu owodniowego – istnieją dwie metody oceny płynu owodniowego. AFI (amniotic fluid index) – brzuch mamy dzielimy na cztery kwadranty i w każdym mierzymy największą kieszonkę płynu. Płyn owodniowy na obrazie USG jest czarny. Normy AFI są różne dla każdego tygodnia ciąży. Druga metoda to poszukiwanie największej kieszonki płynu w całej macicy (powinna mieć więcej niż 3 cm, ale mniej niż 8 cm). Jest to prosta i dobra metoda, idealna też do oceny ilości płynu owodniowego w ciążach mnogich.
- położenie dziecka – 90% dzieci na tym etapie jest już ułożone główkowo. Jeżeli dziecko nie jest ułożone główkowo to zaleca się kontrolę po około miesiącu. Do końca ciąży w położeniu miednicowym pozostaje 1–3% płodów.

Dodatkowe możliwości badania USG:

USG doppler – jest to badanie przepływów krwi w naczyniach. Nie wykonuje się go rutynowo, tylko jeżeli lekarz widzi taką konieczność – np. przy podejrzeniu konfliktu serologicznego, podejrzeniu gorszego funkcjonowania łożyska (nieprawidłowe wzrastanie płodu lub małowodzie). Badamy przepływy w tętnicy poponawowej, tętnicy środkowej mózgu oraz dodatkowo w przewodzie żylnym i tętnicach macicznych.

USG 3D/4D – nie jest to medycznie konieczne badanie, wykonywane jest na życzenie pacjentki jako „pamiątka” oraz ułatwia ono rodzicom wyobrażenie sobie swojego dziecka. Badanie jest zupełnie bezpieczne, najlepiej wykonać je w trakcie rutynowego badania USG ciąży. Dobry okres na to jest właśnie w trakcie badania III trymestru.

Więcej informacji na temat tego badania znajdziecie tu:
<https://mamaginekolog.pl/kompilum-wiedzy-o-plynie-owodniowym/>
<https://mamaginekolog.pl/metody-oceny-wzrastania-plodu/>



Badania profilaktyczne oraz wczesnej ciąży

- cytologia szyjki macicy
- USG piersi
- stężenie bHCG
- USG wczesnej ciąży

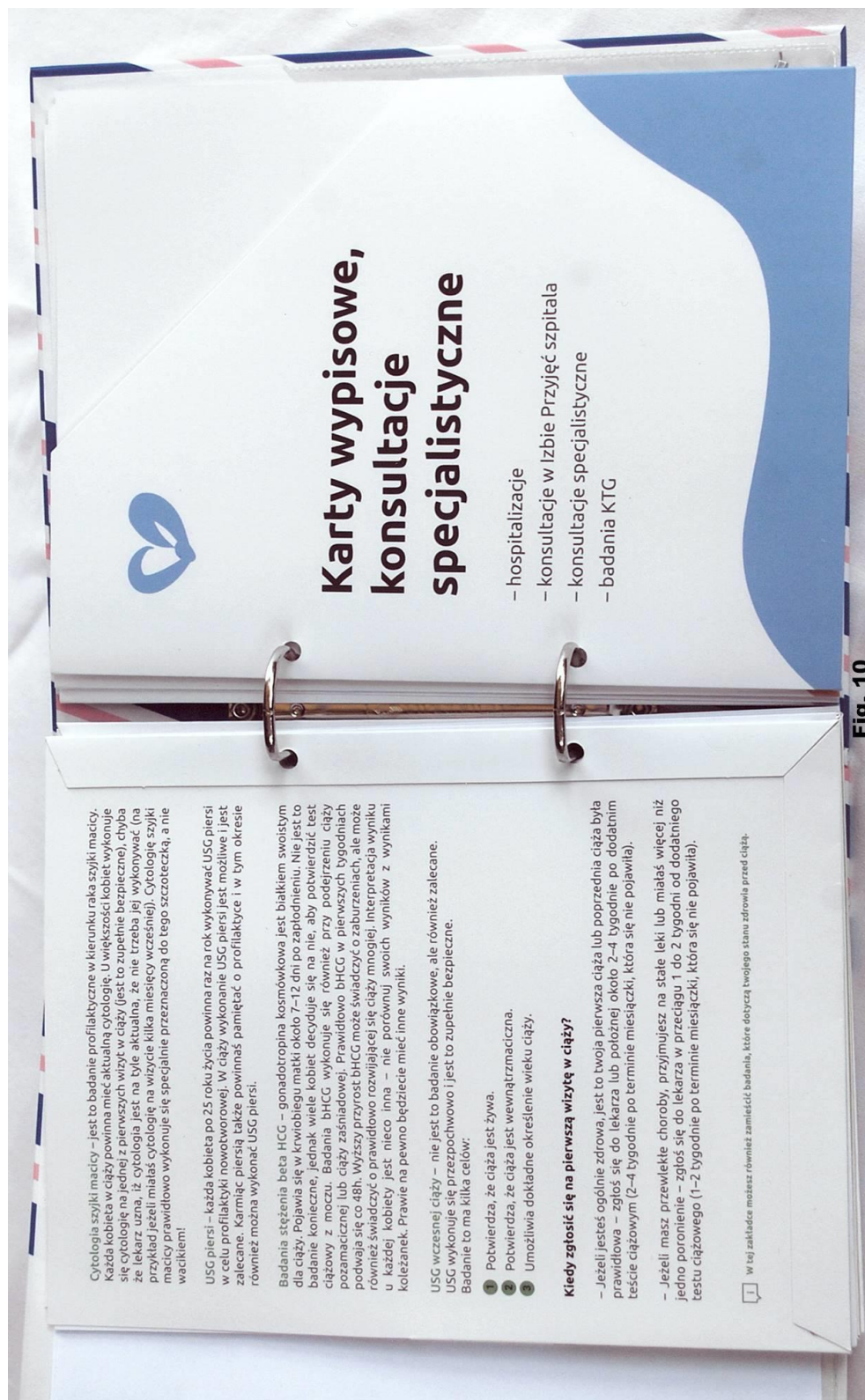


Fig. 10

Fig. 11

Kiedy zgłosić się na Izbę Przyjęć w ciąży?

Każde krwawienie z dróg rodnych w ciąży jest wskazaniem do pilnej konsultacji lekarskiej. Krwawienie jest wtedy, gdy krew jest żywa, a jej ilość jest podobna do tej w trakcie miesiączki.

Plamienie to zabarwienie białego lub papieru przy podcieraniu na czerwono, różowo lub brązowo. Plamienie również trzeba skonsultować z ginekologiem, ale nie jest to tak pilne jak przy krwawieniu.

Silny ból podbrzusza. Pobolewania podbrzusza podobne do bólu miesiączkowego są bardzo częste w ciąży, wynikają z rozciągania się więzadeł i powiększania się macicy, nie są one niepokojące. Jednak każdy nagły i silny ból brzucha w ciąży wymaga pilnej konsultacji.

Objawy rozpoczynającego się porodu – skurcze, podejrzenie odpłynięcia płynu.

Gorsze odczuwanie ruchów płodu – pierwsze ruchy płodu kobiety czują między 18–22 tygodniem ciąży, jednak regularne ruchy płodu kobieta powinna czuć dopiero w III trymestrze (mniej więcej po 28 tygodniu).

Jak ocenić ruchy płodu w trzecim trymestrze?

Zjeść pełen posiłek, położyć się spokojnie i zacząć liczyć ruchy dziecka. Licz każdy ruch, każde kopnięcie, każde przekręcenie (trzeba liczyć do 10 ruchów). Jeżeli jest 10 ruchów w godzinę, nie ma powodu do niepokoju. Jeżeli w godzinę pojawi się 4–7 ruchów to liczymy kolejną godzinę – czy w kolejnej będzie 10 ruchów. Jeżeli nie to zgłaszamy się na IP szpitala. Jeżeli w pierwszej godzinie będzie mniej niż 4 ruchy też zgłaszamy się pilnie na KTG do szpitala.

W razie wątpliwości czy zgłosić się na IP czy nie, warto zadzwonić do szpitala i się zapytać.

Tutaj wpisz numer do szpitala

W tej zakładce trzymaj również konsultacje specjalistyczne np. od endokrynologa, neurologa, okulisty, ortopedy etc.



Badania do przyjęcia do porodu

- grupa krwi
- najświeższa morfologia
- HBs, HIV, HCV, WR
- ostatnie badanie USG ciąży
- wynik posiewu GBS

Fig. 12

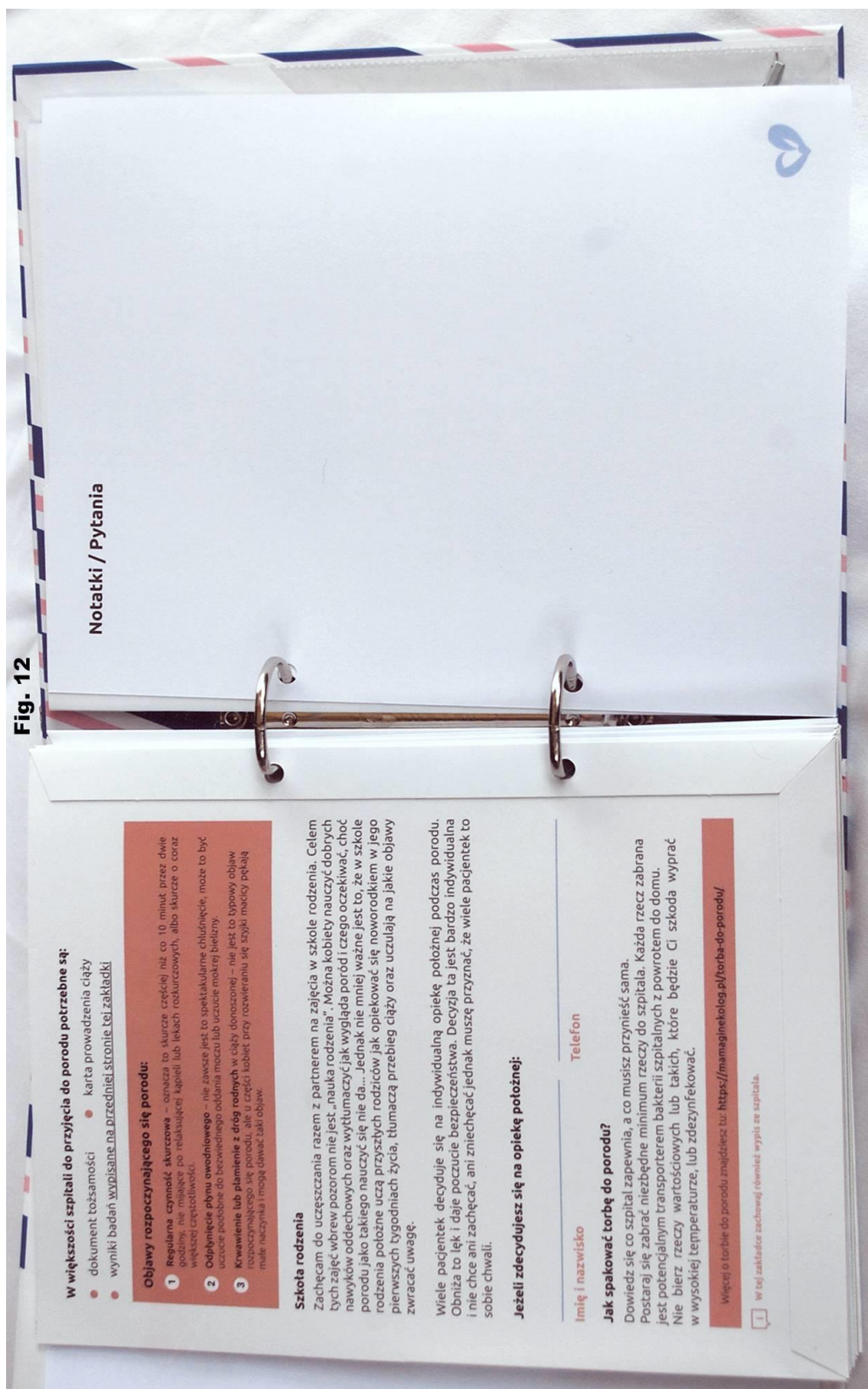




Fig. 13





Fig. 16

