

Информированное добровольное согласие на биопсию шейки матки

Я, _____
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя) " _____ " _____ Г.
рождения, зарегистрированный/ая по адресу _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства: Биопсия шейки матки в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Медицинский Центр РОСТ», Юридический адрес: 394068, г. Воронеж, ул. Ипподромная, д. 2в, Фактический адрес: 394074, г. Воронеж, ул. Ростовская, д. 46б
Медицинским работником _____

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: диагностика гинекологических заболеваний; диагностика онкологических заболеваний шейки матки (ненужное зачеркнуть).

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что биопсия представляет собой диагностическое медицинское вмешательство, заключающееся в заборе материала для последующего гистологического или цитологического исследования, и позволяющее точно определить клеточный состав исследуемого материала.

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки проводится в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара или в стационарных условиях; при проведении биопсии шейки матки в стационарных условиях требуется госпитализация пациентки в медицинскую организацию на срок, определяемый лечащим врачом, консилиумом врачей или врачебной комиссией.

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки может осуществляться: - методом пункционной биопсии (забор ткани из шейки матки осуществляется с помощью тонкой иглы под визуальным контролем с последующим изучением под микроскопом);

- методом конизация шейки матки (во время хирургической операции из шейки матки вырезают кусок ткани в виде конуса при помощи скальпеля или лазера с последующим гистологическим исследованием);

- методом трепанобиопсии (забор материала в нескольких пораженных местах);

- методом петельной биопсии (забор ткани из шейки матки осуществляется прицельно с помощью тонкой проволочной петли, через которую проводится электрический ток слабого напряжения);

- методом эндоцервикальной биопсия (забор ткани осуществляется из цервикального канала с помощью кюретки);

- методом радиоволновой биопсии (забор ткани из шейки матки осуществляется с помощью специального аппарата под воздействием на ткани радиоволн высокой частоты).

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки требует предварительной подготовки. Биопсия шейки матки осуществляется на 5-7 день цикла. Перед биопсией проводится исследование флоры влагалища, кольпоскопия, лабораторные исследования (ВИЧ, коагулограмма, гепатит). За несколько дней до биопсии следует отказаться от секса, нежелательно использовать тампоны, нежелательно делать спринцевания, не рекомендуется вводить во влагалище лекарственные препараты без назначения лечащего врача; не следует курить и употреблять алкогольные напитки. Если биопсия проводится под наркозом, то нельзя употреблять пищу за несколько часов до начала операции.

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки осуществляется следующим образом. Пациентка располагается в гинекологическом кресле, во влагалище вводится гинекологическое зеркало, на шейку матки направляется яркий свет, шейку обрабатывают уксусной кислотой, чтобы выявить патологические зоны, а затем осматривают с помощью расширителя. Далее шейку матки закрепляют щипцами и слегка опускают вниз. Затем необходимые участки иссекаются с помощью специального инструмента в зависимости от выбранного метода биопсии. Материал берут не более 5 мм в ширину. После этого полученный материал опускают в раствор формалина и направляют на гистологическое исследование. Длительность процедуры составляет не более 30 минут. Во избежание кровотечения и осложнений на месте среза выполняют коагуляцию или накладывают швы. Если для проведения процедуры использовались аппаратные методики, то сшивание не выполняют.

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки может проводиться под местной анестезией, под общим наркозом, с использованием эпидуральной анестезии.

- связанный с методами риск: Мне разъяснено, что противопоказаниями к биопсии шейки матки являются: нарушение свертываемости крови; патологии репродуктивной системы; беременность (первый и третий триместр); системные заболевания. Биопсию не проводят при воспалительных процессах во влагалище или на шейке матки, а также во время менструации.

Мне разъяснено, что после проведения биопсии возможно появление кровянистых выделений. Если выделения продолжаются длительное время и имеют неприятный запах, боль внизу живота не проходит, наблюдается повышенная температура тела, то нужно немедленно обратиться к лечащему врачу. (иное указать) - возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки осуществляется методом пункционной биопсии/методом конизация шейки матки/методом трепанобиопсии/методом петельной биопсии/методом эндоцервикальной биопсии/методом радиоволновой биопсии (ненужное зачеркнуть).

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи: Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение биопсии шейки матки позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение. (иное указать).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено: Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

V _____
подпись _____ Ф.И.О. гражданина (-ки) или законного представителя, контактный телефон _____
_____ Ф.И.О. медицинского работника _____
" ____ " _____ Г.
дата оформления