

**Информированное добровольное согласие
на хирургическое лечение заболеваний шейки матки с использованием различных энергий
(медицинский лазер, радиоволновой метод)**

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: **хирургическое лечение заболеваний шейки матки с использованием различных энергий (медицинский лазер, радиоволновой метод)** 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 форме мне разъяснено:

Удаление поверхностных доброкачественных новообразований с использованием медицинского лазера – метод основан на испарении клеток новообразования до полного удаления новообразования. Благодаря небольшой длительности и высокой энергии импульса, лазер аккуратно послойно удаляет дефекты кожи, не вызывая тепловых повреждений соседних тканей, и обеспечивает контролируемую глубину воздействия. Процедура проводится под местной анестезией.

Возможные осложнения: при проведении процедуры возможна незначительная болезненность (в зависимости от индивидуального болевого порога), у некоторых пациентов в процессе заживления различных повреждений кожи, возможно образование гипертрофических и келлоидных рубцов, а также вероятной гиперпигментацией (потемнение участка кожи).

После проведения процедуры: после сеанса на месте удаления или обработки возможны отёк, покраснение, появление корочек. Необходимо избегать водных процедур в течение суток, корки не травмировать (во избежание появления рубцов), не загорать в течение 2-3 месяцев после процедуры.

С целью ускорения заживления проводить обработку раневой поверхности согласно рекомендациям лечащего врача. Для исключения вероятности образования гиперпигментации необходимо использовать крема с УФ-фильтром, отбеливающие крема. В течение трех месяцев исключить попадание прямых солнечных лучей на послеоперационную поверхность.

Лечение эрозии шейки матки радиоволновым методом - метод состоит в прямом воздействии на пораженный участок слизистой ткани радиоволн. Преимуществом метода является его безболезненность, высокая эффективность и быстрое восстановление поверхности шейки матки. Противопоказаниями к радиоволновому лечению эрозии, псевдоэрозии (эктопии, эктропиона), эндометриоза, лейкоплакии, кисты шейки матки являются: менструация и любые кровотечения из половых путей; острые и хронические в стадии обострения воспалительные заболевания гениталий (вульвовагинит, кольпит, цервицит, эндометрит, сальпингит (аднексит), сальпингоофорит, оофорит); острые инфекционные и соматические (не гинекологические) заболевания, ослабляющие защитные силы организма (ОРВИ, грипп, острые ринит (насморк) гайморит, пиелонефрит, цистит и т.д.), и повышение температуры тела выше 37.2; онкологические заболевания любой локализации и подозрение на их наличие; беременность любого срока; пониженная свертываемость крови и склонность к кровотечениям; сахарный диабет в стадии декомпенсации; психические заболевания (эпилепсия, шизофрения); активный тренировочный процесс, связанный с повышенной психоэмоциональной и физической нагрузкой; наличие внутриматочного средства (ВМС). ВМС препятствует радиоволновому лечению вследствие возможного прижигающего действия металлической оплетки ВМС и риска повреждения нитей ВМС.

-Мне разъяснено, что существуют следующие ограничения после лечения заболеваний шейки матки:

-После лечения заболеваний шейки матки в течение 10 дней не желательно купаться в пруду, реке, озере, море, принимать общую ванну и посещать бассейн, баню (сауну); желательно воздержаться от длительной ходьбы, подъема в гору, подъема и/или переноса вещей, детей, продуктов питания более 3 кг и иной физической нагрузки в быту, спортзале и на производстве.

-Желательно воздержаться от половой близости в течение 10 дней после лечения эрозии и других

заболеваний шейки матки. В зависимости от объема удаленной ткани врач может продлить период воздержания (полового покоя). Последующие половые акты не должны быть интенсивными, чтобы не нарушить процесс эпителизации (заживления) и не спровоцировать кровотечение. Раннее вступление в половую близость после лечения эрозии и других заболеваний шейки матки может вызвать кровотечение и удлинить срок полной эпителизации (заживления). Через 10 дней после лечения эрозии и других заболеваний шейки матки возможно проведение ультразвукового исследования вагинальным датчиком. Дальние поездки (перелёты) желательны не ранее 5-7 дней после лечения эрозии и других заболеваний шейки матки. Беременеть желательно после полной эпителизации (заживления) пролеченного участка шейки матки. В зависимости от размеров участка длительность полной эпителизации (заживления) составляет 1 -3 месяца.

Мне разъяснено, что при проявлении осложнений после проведения процедур необходимо обратиться в ООО «МЦ РОСТ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Я поставила в известность врача обо всех моих проблемах со здоровьем, хронических заболеваниях, инфицированностью различными возбудителями, в том числе ВИЧ, гепатит, случаях индивидуальной непереносимости лекарств.

Также я предупреждена о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного медицинского вмешательства.

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).

(Ф. И. О. выбранного лица)

V

подпись

Ф.И.О. гражданина (-ки) или законного представителя, контактный телефон

подпись

Ф.И.О. медицинск ого работника

" " _____ г.
дата оформления