**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на биопсию шейки матки**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласна с названными мне условиями его проведения

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, проживающая по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач-гинеколог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее по тексту - врач). (должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники ООО «МЕД-ПЛЮС».

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по номенклатуре | Вид вмешательства/услуги | Количество |
| 1 | A11.20.011 | Биопсия шейки матки |  |

 Мне разъяснено, что биопсия шейки матки – это метод диагностики болезней внутренних женских половых органов, его основная цель – выявление онкологических заболеваний шейки матки. Во время процедуры берется фрагмент ткани из подозрительного участка слизистой. Образец доставляют в лабораторию, где изучают особенности строения клеток эпителия и лежащих ниже слоев. Процедура позволяет уточнить диагноз и дать ответ, являются ли данные изменения признаками злокачественной опухоли. Мне разъяснено, что благодаря данному исследованию заболевание удается выявить на ранних стадиях, когда оно успешно поддается лечению.

 Мне разъяснено что показаниями к выполнению биопсии являются: разрастание эпителиального слоя шейки матки (дисплазия); уплотнение клеток шейки матки (лейкоплакия); наличие полипов и кондилом, а также опухолевидных новообразований; разрастание клеток эндометрия (эндометриоз); эрозия шейки матки; воспалительные процессы органа в запущенной стадии; разрастание кровеносных сосудов слизистой оболочки; выявление патогенных клеток при выполнении йодной пробы при проведении расширенной кольпоскопии; миома; эндоцервицит.

 Мне разъяснено, что перед процедурой биопсии назначаются обследования, полный перечень которых определяется лечащим врачом. В него могут входить: мазок из влагалища на флору, гонококк, грибок кандида; ПЦР на вирус герпеса первого и второго типа; ПЦР на хламидии; цитологическое исследование мазков или соскобов с поверхности шейки матки и цервикального канала; бактериологическое исследование на микоплазменную инфекцию; ПЦР на ВПЧ.

 Мне разъяснено, что подготовка к биопсии включает: утренние гигиенические процедуры (без использования мыла); воздержание от половых актов за 1–2 дня до процедуры; отказ от использования вагинальных свечей за 1–2 дня до проведения биопсии; отказ от спринцеваний накануне назначенной процедуры.

 Мне разъяснено, что биопсию шейки матки проводят с7-го по 13-й день менструального цикла (первый день менструального кровотечения считается первым днем цикла).

 Мне разъяснено, что биопсия проводится под анестезией в амбулаторных условиях.

 Мне разъяснено, что забор биоптата с шейки матки проводится разными способами, целесообразность выбора, одного из которых определяет врач.

 Мне разъяснены виды биопсии шейки матки:

-Прицельная, или пункционная. Процедура проводится с помощью специальной иглы, без анестезии. Именно этот тип биопсии принят за стандарт. Прицельная биопсия дает наиболее точные результаты при подозрении на онкологические процессы.

- Петлевая (электрохирургическая). Биопсия такого типа проводится специальным электрическим ножом под местным обезболиванием. Эту процедуру не рекомендуют женщинам, которые планируют беременность, так как при ее выполнении возможно образование рубцов на шейке матки.

-Ножевая. Процедура проводится с использованием скальпеля. В ходе ее выполнения удаляют клиновидный фрагмент. Биопсия проводится под общим наркозом. Этот метод назначают при сомнительных результатах мазков и пункционной биопсии.

-Радиоволновая. Биопсия проводится с применением специального аппарата, который называют «радионожом», под местной анестезией. Радиоволны воздействуют на ткани. После забора фрагмента аппарат испаряет жидкость в клетках и запаивает мелкие сосуды, поэтому кровотечение не возникает.

-Лазерная. Биопсия такого типа проводится с помощью лазерного луча. Этот метод используют в случаях, когда нужно удалить кондиломы и папилломы, а затем исследовать их.

 Мне разъяснено, что ни один из описанных видов биопсии не проводят при: воспалительных процессах шейки матки; в последний триместр беременности; при острых инфекционных заболеваниях и нарушениях свертываемости крови.

 Мне разъяснено, что после выполнения биопсии шейки матки возможно: выявить вирус папилломы человека (ВПЧ); определить процесс ороговения эпителия шейки матки; выявить структурные изменения шейки матки; диагностировать злокачественные новообразования на ранней стадии развития.

 Мне разъяснено, что для того чтобы не допустить осложнений после забора биоптата, необходимо: исключить половые контакты на 3–4 недели; в течение 7–10 дней после проведения процедуры не поднимать тяжести, отказаться от занятий спортом и посещения тренажерного зала; отказаться от использования тампонов на протяжении 3–4 недель из-за риска кровотечений, а также вагинальных свечей; отказаться от тепловых процедур (посещение сауны или бани, прием горячей ванны) на 2–4 недели; отказаться от приема препаратов, способствующих разжижению крови (применять такие средства можно только при наличии рекомендаций от лечащего врача).

 Мне разъяснено, что после проведения биопсии могут беспокоить следующие симптомы: повышение температуры тела выше 37,5 градусов; сильная боль в нижней части живота; обильные кровянистые выделения, длящиеся более 7 дней; обильные кровянистые выделения после скудных; темные выделения со сгустками крови; усиление боли в области матки, ухудшение общего состояния.

 Мне разъяснено что, если кровянистые выделения долго не проходят и отличаются обильностью, необходимо незамедлительно обратиться к врачу.

 Мне разъяснено что, через 3 месяца после биопсии рекомендовано пройти повторный осмотр у гинеколога (если подозрительные симптомы появились раньше, нужно сразу же обратиться к врачу).

В доступной для меня форме 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".

 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*:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

 **Я подтверждаю, что:**

 Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

 Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

 Я внимательно ознакомилась с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

 Я имела возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получила на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента) (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(ФИО медицинского работника) (подпись)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_г. (дата оформления)