**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ**

**СОГЛАСИЕ НА ПАЙПЕЛЬ-БИОПСИЮ ЭНДОМЕТРИЯ**

(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 отчества)

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

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач-акушер-гинеколог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (должность, ФИО)

ООО «МЕД-ПЛЮС» вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту ООО «МЕД-ПЛЮС»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Код по номенклатуре | Вид вмешательства/услуги | Количество |
| 1 | A16.20.079 | Вакуум-аспирация эндометрия |  |

Пайпель-биопсия эндометрия - методика вакуумного аспирационного забора эндометрия для дальнейшего диагностического исследования.

Мне разъяснено что процедура безболезненна и проводится под местной анестезией в амбулаторных условиях.

Мне разъяснены показания к пайпель-биопсии эндометрия: кровотечения не в менструальный срок, в том числе и климактерическом периоде; нарушение менструального цикла любого характера (болезненные, длинные или наоборот, короткие, скудные или обильные, нарушена регулярность); при гиперплазии эндометрия, в том числе, в ходе терапии; при эндометрите, наличии полипов, кист; при подозрении на опухоли матки выполняется дополнительно и гистологическое исследование, которое четко дает понимание о степени и типе злокачественности; перед операциями на матке; в плане репродуктивных методик (например, подготовке к ЭКО пайпель исследование обязательно).

Мне разъяснены противопоказания к пайпель-биопсии эндометрия: беременность; пониженная свертываемость крови; половые инфекции; повышенная тепмература,

Мне разъяснено, что специальной подготовки к проведению пайпель-биопсии эндометрия не требуется, однако перед процедурой рекомендовано пройти ряд обследований: общий анализ крови; мазок из влагалища на микрофлору и цитологию; ультразвуковую диагностику с целью выявления локализации патологического очага.

Мне разъяснена процедура пайпель-биопсии. Во время выполнения пайпель-биопсии используется зонд типа «Пайпель». Это небольшая гибкая трубка, из мягкого силикона, диаметром около 3 мм. Во внутренней части трубки находится поршень, который напоминает поршень на шприце. С помощью введения этой трубки в матку, оказывается возможным забор небольшого количества клеток эндометрия.

Мне разъяснено, то за 7 дней до планируемой даты проведения пайпель-биопсии рекомендуется исключить: прием медикаментов влияющих на свертываемость крови, т.к. прием некоторых из них может спровоцировать кровотечение; иммунодепрессантов и иммуностимуляторов; гормоносодержащие препараты, влияющие на состояние тканей матки.

Мне разъяснено, что за сутки до проведения пайпель-биопсии необходим половой покой. Также перед проведением биопсии не рекомендовано производить спринцевание, пользоваться влагалищными мазями, свечами.

Мне разъяснены преимущества пайпель-биопсии эндометрия: малотравматичная процедура; минимальные вмешательства в полость матки; отсутствие риска распространения инфекции или раковых клеток; безболезненность; возможность выполнения в амбулаторных условиях; низкий процент осложнений и высокая информативность полученного материала.

Мне разъяснено, что после забора биоматериала могут наблюдаться невыраженные кровянистые выделения из влагалища, тянущие боли внизу живота. Как правило, такие осложнения проходят самостоятельно через 3–5 дней и не требуют лечения. Для облегчения состояния возможно применение обезболивающего препарата.

Мне разъяснено, что необходимо незамедлительно обратиться к врачу в случае: повышения температуры тела 38 ° C или выше; кровянистых выделений из влагалища.

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 или его законного представителя, телефон)

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

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

**Я подтверждаю, что:**

Я заявляю, что сообщила врачу 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 уведомлена о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я заявляю, что изложила врачу все известные мне данные о состоянии моего здоровья, наследственных, венерических и других заболеваниях в моей семье.

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 медицинского вмешательства.

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

(ФИО пациента) (подпись)

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

(ФИО врача) (подпись)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_г. (дата оформления)