

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение биопсии органов женской репродуктивной системы
(A11.20.011; A11.20.037; A11.20.004.001; A16.20.079)

Я _____
(Ф.И.О. гражданина/ законного представителя)
_____ года рождения, зарегистрирован(а) по адресу: _____ В
соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации» даю настоящее информированное добровольное согласие врачам ООО
«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИБН СИНА» на проведение мне/моему подопечному медицинского
вмешательства: _____,

_____ года рождения.
Врач _____
(должность, ФИО)
предоставил всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении и диагнозе
_____.

Я подтверждаю, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели медицинского вмешательства:
биопсия органов женской репродуктивной системы (шейки матки, цервикального канала, влагалища, вульвы,
эндометрия, пункция заднего свода) – метод получения биологического материала для
гистологического/цитологического исследования. Проводится с целью диагностики доброкачественных и
злокачественных изменений в исследуемой ткани или органе, а также для постановки диагноза.

_____ (указать иную цель)
Мне разъяснено, что биопсия органов женской репродуктивной системы проводится в амбулаторных
условиях, в условиях дневного стационара или в стационарных условиях.

Мне разъяснено, что биопсия органов женской репродуктивной системы требует предварительной
подготовки. Биопсия 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 половых контактов, 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.

При биопсии вульвы область биопсии обезболивают подкожным введением анестетика, пинцетом
приподнимают край биоптата, отсекают его радиоволновым ножом.

При аспирационной биопсии эндометрия врач через влагалище и шейку проводит в полость матки
одноразовый пластиковый тонкий гибкий инструмент, похожий на длинную трубку диаметром 3 мм с
поршнем (пайпель). Принцип получения материала данным инструментом схож с механизмом шприца. На
наконечнике инструмента имеется боковое отверстие, через которое производится забор материала (аспирата
эндометрия) из нескольких участков полости матки посредством аспирации.

Мне разъяснено, что биопсия может проводиться без обезболивания, с местной анестезией или под общим
обезболиванием. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые
могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке,
обморока, коллапса и др.) и полностью согласен на её применение.

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: наличие эрозий
шейки матки (патологический процесс, при котором появляются изъязвление (появление язв и нарывов) на
слизистой оболочке матки); лейкоплакия (заболевание, характеризующееся уплотнением клеток шейки
матки); наличие полипов (доброкачественное разрастание тканей цервикального канала); остроконечные
кондиломы (инфекционное вирусное заболевание, для которого характерно появление на коже и слизистых
оболочках новообразований); подозрение на злокачественную опухоль шейки матки; при аномальных
маточных кровотечениях и кровянистых выделениях в мено- и постменопаузе; подозрение на патологию
эндометрия; хронический эндометрит; бесплодие; невынашивание беременности; мониторинг состояния
эндометрия при проведении гормонотерапии; эрозирование и изъязвление вульвы; наличие новообразований

вульвы; подозрение на дисплазию вульвы; подозрение на злокачественные образования вульвы; зуд в области вульвы; болезненные ощущения при половом акте; сужение входа во влагалище; истончение кожи вульвы.

Мне разъяснено, что имеется ряд противопоказаний к проведению медицинского вмешательства: воспалительные заболевания органов малого таза; наличие инфекций, передаваемых половым путем; беременность в 1 и 3 триместре; гемофилия (заболевание, при котором происходит нарушение в свертываемости крови); первые дни менструации; эпилепсия.

Мне разъяснено, что биопсия может осуществляться:

- Методом пункционной биопсии (забор ткани осуществляется с помощью тонкой иглы под визуальным контролем с последующим изучением под микроскопом);
- Методом конизация шейки матки (во время хирургической операции вырезают кусок ткани в виде конуса при помощи скальпеля или лазера с последующим гистологическим исследованием);
- Методом петельной биопсии (забор ткани осуществляется прицельно с помощью тонкой проволочной петли, через которую проводится электрический ток слабого напряжения);
- Методом эндоцервикальной биопсии (забор ткани осуществляется из цервикального канала с помощью кюретки);
- Методом радиоволновой биопсии (забор ткани осуществляется с помощью специального аппарата под воздействием на ткани радиоволн высокой частоты).

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Мне понятно, что выполнение данного медицинского вмешательства связано с определёнными рисками: образование спаек в канале шейки матки; образование неэластичного рубца; при проведении биопсии вульвы появление продолжающегося кровотечения; при биопсии эндометрия возможно появление кровотечения, спазмов, повышения температуры, сильной боли внизу живота; появление влагалищных выделений с неприятным запахом. Биопсия при беременности на ранних сроках значительно повышает риск выкидыша, а на последних — провоцирует преждевременные роды; при проведении конусной биопсии повышается риск бесплодия и выкидыша из-за возможного образования рубцов.

Лечащий врач уведомил меня, что существуют побочные реакции и осложнения после медицинского вмешательства: появление кровянистых выделений; умеренные тянущие боли внизу живота в течение 3-5 дней; развитие инфекционного воспаления в зоне проведения биопсии; водянистые выделения из половых путей. 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.

Лечащий врач уведомил меня, что для ускорения восстановления первые дни после биопсии органов женской репродуктивной системы нельзя:

- принимать горячую ванну, ходить в баню или сауну, а также купаться в открытых водоемах;
- загорать на солнце;
- употреблять алкоголь;
- поднимать тяжести и подвергать себя большим физическим нагрузкам, так как это повышает риск кровотечения и проникновения инфекций;
- использовать тампоны, вагинальные свечи или кремы.

Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик обследования: отказ от лечения.

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: диагностика гинекологических заболеваний; получение биологического материала для гистологического/цитологического исследования; диагностика доброкачественных и злокачественных изменений в исследуемой ткани или органе, а также постановка диагноза.

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение биопсии женской репродуктивной системы позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение. Результатом биопсии органов женской репродуктивной системы является получение медицинского заключения врача с расшифровкой.

Мне разъяснено, что может потребоваться прием врача по результатам обследования, для контроля за процессом лечения и в иных случаях по рекомендации специалиста.

Мне разъяснено, что в процессе медицинского вмешательства допустимо увеличение стоимости, о чем меня уведомит врач.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения вмешательства; сроки проведения манипуляции; стоимость отдельных процедур (этапов) и медицинского вмешательства в целом.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья/здоровья своего представляемого обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, производившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, о наследственности, об экологических и производственных факторах физической, химической или

биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен с тем, что в случае моего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) без согласования с врачом для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма после проведенного исполнителем медицинского вмешательства, исполнитель не несет ответственности за проведение альтернативного вмешательства сторонним медицинским учреждением.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, путем подписания отказа, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я понимаю, что отказ от медицинского вмешательства может повлечь осложнения и исполнитель не несет ответственности в случае их возникновения.

Я внимательно ознакомился/лась и понимаю назначение данного документа.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что я не ограничен(а) судом в дееспособности, не признан(а) недееспособным/ой вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мною не установлено попечительство.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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) _____

_____ Лечащим врачом.

_____ (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина/законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ Г.

_____ (дата оформления)

Рекомендации после процедуры получены на руки.

_____ (Ф.И.О. гражданина/законного представителя, дата, подпись)