

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на кольпоскопию
(А03.20.001)
(указать иную цель)

Я, : _____, _____ Г. р.,
(Ф.И.О. гражданина/ законного представителя)

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: _____, _____ Г. р.
(Ф.И.О. подопечного)

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: выявление очагов перерождения эпителия в эрозию или неоплазию; диагностика патологий; скрининговое профилактическое исследование; наблюдение за шейкой матки после лечения.

— Мне разъяснено, что кольпоскопия представляет собой гинекологический метод исследования с проведением прицельного и детального осмотра шейки матки при помощи микроскопа особой конструкции.

Мне разъяснено, что кольпоскопия проводится в амбулаторных условиях и не требует госпитализации пациентки в медицинскую организацию.

Мне разъяснено, что перед кольпоскопией требуется предварительная подготовка: кольпоскопию проводят вне менструации, лучше всего сразу после месячных или перед ними; накануне исследования нужно отказаться от половых контактов, использования смазок и спринцеваний; перед процедурой можно принять парацетамол для облегчения процесса исследования.

Мне разъяснено, что кольпоскопия проводится следующим способом. Исследование проводит врач-гинеколог в специальном процедурном кабинете при помощи кольпоскопа - особой системы линз на штативе с подсветкой и возможностью дополнительного увеличения изображения линзами до 15-40 раз. Аппарат ставится на расстоянии примерно 20-25 см от области шейки матки. Осмотр всех зон шейки матки проводят, вращая особые винты на микроскопе.

Мне разъяснено, что кольпоскопия проводится методом обзорной кольпоскопии, методом кольпоскопии с цветными фильтрами, методом расширенной кольпоскопии, метод кольпомикроскопии.

Обзорная или простая кольпоскопия — это осмотр шейки матки и цервикального канала без применения каких-либо средств. Такой метод дает представление о форме и размере шейки, ее состоянии, наличии травм и разрывов, характере выделений, состоянии слизистых и сосудов. Кольпоскопия с цветными фильтрами позволяет оценить состояние сосудистой сети. Расширенная кольпоскопия — это осмотр шейки матки и ее оценка при помощи обработки особыми веществами. Обычно применяют 3%-ный раствор уксусной кислоты с оценкой реакции сосудов и выделения за счет этого участков неоплазии. Вторым этапом проводят обработку раствором глицерина с люголем. Патологические участки не прокрашиваются этим раствором и явно видны при осмотре.

Метод кольпомикроскопии с увеличением до трехсот раз, позволяющий оценить микроскопическое строение клеток и их составных элементов (ядра, цитоплазмы, включений).

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: наличие эрозий шейки матки, остроконечных кондилом; кровянистые выделения из влагалища в межменструальный период; боли и дискомфорт во время полового акта и без него; выявленные отклонения в цитологических мазках; подозрения на онкологические патологии женских половых органов; контроль лечения гинекологических заболеваний.

Мне разъяснено, что имеется ряд противопоказаний к проведению медицинского вмешательства: кольпоскопию не проводят в течение 6-8 недель после родов и после лечения патологий шейки

матки деструктивными хирургическими методами (элетрокоагуляция, криодеструкция, лазеровапоризация); период 3-4 недель после проведения аборта; недавнее лечение шейки матки с помощью криодеструкции или хирургическое лечение расширенную кольпоскопию противопоказано проводить в случае аллергии на уксусную кислоту и препараты йода (или при непереносимости этих препаратов). Временным противопоказанием считается маточное кровотечение, атрофия влагалищной части шейки матки (эктоцервикса).

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Мне понятно, что выполнение данного медицинского вмешательства связано с определёнными рисками, а именно: может возникнуть местная и общая аллергическая реакция на введение лекарственного препарата. О непереносимости медикаментов врачу мною сообщено. Мне разъяснено, что при коагуляции – в случае неполного соприкосновения кожи пояснично-крестцового отдела с пассивным электродом возможны ожоги в месте наложения пассивного электрода.

Лечащий врач уведомил меня, что существуют побочные реакции и осложнения после медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что кольпоскопия — это безболезненная процедура, однако может причинять небольшой дискомфорт при обработке реактивами или заборе биопсии. В редких случаях кольпоскопия может вызвать усиленные кровотечения, повышение температуры, аномальные выделения, боли внизу живота более одного дня после процедуры. При наличии указанных симптомов на второй день после исследования необходимо проконсультироваться с лечащим врачом. Мне разъяснено, что после кольпоскопии необходимо ношение ежедневных прокладок около 3 дней; могут быть небольшие мажущие кровотечения из-за повреждения сосудов; могут быть жидкие выделения темного или зеленого цвета без запаха. Мне понятно, что в течение 5 дней запрещены половые сношения, спринцевания и использование тампонов, вагинальных препаратов и средств интимной гигиены.

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

Мне разъяснено, что существуют разные варианты проведения медицинского вмешательства:

- кольпоскопия проводится с биопсией/без биопсии (ненужное зачеркнуть);
- кольпоскопия сопровождается введением лекарственных препаратов/не сопровождается введением лекарственных препаратов (ненужное зачеркнуть).

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: установка диагноза, выявление очагов перерождения эпителия в эрозию или неоплазию; наблюдение за шейкой матки, в том числе после лечения.

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение кольпоскопии позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение. Результатом кольпоскопии 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, проводившихся 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, путём 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)

Лечащи

м 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)