

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на радиоволновую конизацию шейки матки**  
**(A16.20.036.001)**

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: \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. подопечного)

\_\_\_\_\_ 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: радиоволновая конизация шейки матки – иссечение части шейки матки для последующего гистологического исследования удаленных тканей с целью диагностики заболеваний шейки матки.

(указать иную цель)

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: дисплазия шейки матки тяжелой степени; наличие эрозии (эктопии) шейки матки; наличие полипов и кист в цервикальном канале; лейкоплакии (появлении ороговевших участков эпителия).

Мне разъяснено, что радиоволновая конизация шейки матки имеет ряд противопоказаний: патологии репродуктивной системы инфекционного характера; беременность; острый цервицит; кольпит; эндометрит; острые воспалительные заболевания в момент процедуры (повышенная температура тела, признаки острой инфекции любой локализации); злокачественные образования на шейке матки.

Мне разъяснено, что при проведении радиоволновой конизации шейки матки пациентка располагается в кресле, во влагалище вводится гинекологическое зеркало. Врач очищает шейку матки от выделений, наносит раствор, чтобы увидеть патологические участки. Конизация радиоволновым методом проходит с электродом конусообразной формы, который вводится в цервикальный канал, вращающимся движением с помощью радиоволны отсекаются измененные ткани. Одновременно происходит прижигание кровеносных сосудов, что останавливает кровотечение и ускоряет процесс регенерации. Удаленные ткани передаются на гистологическое исследование.

Мне разъяснено, что процедура радиоволновой конизации шейки матки проводится на 5-10 день менструального цикла, чтобы шейка матки восстановилась до следующей менструации.

Я поставлен(а) в известность что процедура радиоволновой конизации шейки матки может проводиться под местной анестезией. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакциях (анафилактического шока, отёка Квинке, обморока, коллапса и др.) и полностью согласен на её применение.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Мне понятно, что выполнение данного медицинского вмешательства связано с определёнными рисками: необходимость проведения дополнительных обследований; неутраченное или возобновившееся кровотечение; нехарактерные вагинальные выделения; сильные боли внизу живота; повышение температуры (более 38 градусов). Я проинформирован, что при появлении данных симптомов необходимо обратиться к врачу.

Лечащий врач уведомил меня, что могут возникнуть побочные реакции и осложнения после медицинского вмешательства: дискомфорт во влагалище непосредственно во время и/или сразу после процедуры; водянистые выделения из влагалища различной интенсивности, которые могут продолжаться до следующей менструации; возможны сукровичные (или незначительные кровянистые) выделения из влагалища на 7-14 сутки после вмешательства.

Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик обследования: местное консервативное лечение и динамическое наблюдение в случае отсутствия признаков рисков малигнизации (приобретение клетками нормальной или патологически изменённой ткани организма свойств злокачественной опухоли); электрохирургическое лечение.

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: иссечение части шейки матки для гистологического исследования удаленных тканей; диагностика заболеваний шейки матки.

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) \_\_\_\_\_

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)