

Gabinet Ginekologiczny GYN-CARE

ul. Chodkiewicza 7 LU4

02-593 Warszawa

NIP 5211856611 REGON: 013275818

RPWDL: 000000101499

www.gyncare.pl e-mail: recepcja@gyncare.pl

NZOZ GYN-CARE

ul. Chodkiewicza 7 LU 4

02-593 Warszawa

REGON: 013275818-00035

RPWDL: 000000225549

tel. (22) 646 00 73, +48 605 425 200



Warszawa, dnia _____ r.

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU POBRANIA WYCINKÓW CELOWANYCH Z SZYJKI MACICY, Z POCHWY LUB SROMU

Ja, niżej podpisana (nazwisko i imię) _____

Adres: _____

PESEL: _____

W przypadku braku numeru PESEL:

Data urodzenia: _____ Nazwa i numer dokumentu tożsamości: _____

Niniejszym oświadczam, że przyjęłam do wiadomości i rozumiem, iż:

- Istnieją wskazania medyczne do wykonania u mnie zabiegu pobrania celowanych wycinków z szyjki macicy wraz z wytyżeczkowaniem kanału szyjki.
- Zabieg ten jest stosowany w przypadku stwierdzenia zmian w badaniu kolposkopowym w związku z możliwym zagrożeniem onkologicznym.
- Zabieg wykonywany w trybie chirurgii jednego dnia, trwający kilka minut. Po krótkiej obserwacji pacjentka może być wypisana do domu.
- Pobranie wycinków celowanych wraz z wytyżeczkowaniem kanału szyjki macicy jest zabiegiem diagnostycznym.
- Zabieg nie wymaga stosowania znieczulenia, w razie konieczności można podać znieczulenie miejscowe (1-2% Lignokaina)
- Miejsca po pobraniu wycinków najczęściej nie wymagają założenia szwów.
- Uzyskany materiał biologiczny przekazywany jest do oceny histopatologicznej.
- Przed planowanym zabiegiem pacjentka powinna przestrzegać poniższych zasad:
 - stosować leczenie zalecone przez lekarza ginekologa (o ile takie było zalecone),
 - zabieg powinien być przeprowadzony w fazie folikularnej cyklu tj. po miesiączce do 12 dnia cyklu,
 - posiadać aktualny wynik cytologii i kolposkopii.
- Przeciwwskazaniem bezwzględnym do wykonania zabiegu są :
 - nieuregulowane ciśnienie tętnicze.
- Podczas konsultacji kwalifikującej do zabiegu pacjentka powinna zgłosić lekarzowi ze:
 - stosuje leki z grupy leków przeciwkrzepliwych. W przypadku stosowania leków przeciwkrzepliwych, gdy pacjent ma wątpliwości co do możliwości odstawienia tych leków, powinien odpowiednio wcześniej skonsultować się z lekarzem, który je zalecił.
 - mam skłonność do krwawień,
 - mam uczulenie na zewnętrzne środki odkażające,
 - mam skłonność do zaburzeń rytmu,
 - mam skłonność do omdleń, posiadam rozrusznika serca, choroby układu krążenia
 - leczę się z powodu padaczki.
- Możliwe dolegliwości, które mogą się pojawić podczas i po zabiegu:
 - dyskomfort lub ból podczas zabiegu
 - samoistnie ustępujące plamienia i zwiększona ilość wydzieliny pochwowej z dróg rodnych utrzymująca się do 14 dni po zabiegu. Po zabiegu należy zgłosić lekarzowi przeprowadzającemu zabieg wszelkie objawy niepokojące.
- Możliwe powikłania mogące pojawić się podczas i po przeprowadzeniu zabiegu obejmują:
 - w wyjątkowych przypadkach może pojawić się obfite krwawienie z dróg rodnych, które ustępuje samoistnie w ciągu ok. 5 minut po zabiegu,

Wypełnioną zgodę uprzejmie prosimy dostarczenie osobiście do NZOZ GYN-CARE w dniu planowanego zabiegu.

Dziękujemy, zespół NZOZ-GYN-CARE

(verte!)

- bardzo rzadko mogą pojawić się reakcje alergiczne na środki dezynfekcyjne,
- bardzo rzadko może wystąpić stan zapalny pochwy i miednicy mniejszej.

13. Zalecenia po zabiegu:

- po zabiegu należy odpocząć w pozycji siedzącej do około 20 minut,
- zgłosić się po tym czasie do ginekologa celem kwalifikacji do opuszczenia gabinetu,
- do 2 tygodni po zabiegu nie należy korzystać z kąpeli w wannie, basenie i innych zbiornikach,
- do 2 tygodni po zabiegu nie należy korzystać z sauny, nie stosować zabiegów fizykoterapii na okolicę kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, nie wykonywać dużych wysiłków fizycznych, nie stosować tamponów, leków dopochwowych, powstrzymać się od stosunków płciowych.

Ponadto oświadczam, że:

1. Wszystkie informacje podane przeze mnie w trakcie wywiadu medycznego są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą
2. Zostałam w sposób szczegółowy i zrozumiały poinformowana przez lekarza przyjmującego niniejsze oświadczenie, o zabiegu pobrania wycinków celowanych i wyłyżeczkowaniu kanału szyjki, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z zabiegiem, o dających się przewidzieć jego następstwach dla mojego stanu zdrowia w przyszłości i tajemnicy lekarskiej, sposobie gromadzenia i ochrony moich danych osobowych, środkach bezpieczeństwa prowadzących do ochrony tych danych.
3. Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia miejscowego (o ile konieczne).
4. Zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach dla zabiegu pobrania wycinków celowanych i wyłyżeczkowaniu kanału szyjki, łącznie z możliwością jego zaniechania.
5. Miałam możliwość zadawania pytań w zakresie w/w spraw i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.
6. Zobowiązuję się przestrzegać zaleceń lekarskich odnośnie postępowania i zaleceń po zabiegu
7. Zostałam poinformowana o kosztach zabiegu pobrania wycinków celowanych i wyłyżeczkowaniu kanału szyjki, które akceptuję.
8. Mam pełną zdolność do czynności prawnych (w przypadku osoby poniżej 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionej, zgodę podpisuje opiekun prawny; w przypadku pacjentek pomiędzy 16 a 18 rokiem życia zgodę odbiera się niezależnie od zgody ich przedstawiciela ustawowego)
- 9. Dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie pobrania wycinków celowanych**

(data i podpis Pacjentki)

Oświadczenie Lekarza:

Niniejszym oświadczam, że:

Pacjentka (imię i nazwisko) _____
uzyskała ode mnie wyczerpujące ustne informacje na temat zabiegu pobrania wycinków jego celu i charakterze, ryzyku związanym z zabiegiem o dających się przewidzieć następstwach dla stanu zdrowia pacjentki w przyszłości, o alternatywnych możliwościach zabiegu, łącznie z możliwością jego zaniechania, tajemnicy lekarskiej, sposobie gromadzenia i ochrony danych osobowych pacjentki, środkach bezpieczeństwa prowadzących do ochrony tych danych i jestem całkowicie przekonany, że w pełni je zrozumiała.

(podpis i pieczętka lekarza, w obecności którego podpis złożyła Pacjentka)