

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 HISTEROSALPINGOSONOGRAFII KONTRASTOWEJ (HyCoSy)

Ja, niżej podpisana (nazwisko i imię) _____

Adres: _____

PESEL: _____

W przypadku braku numeru PESEL:

Data urodzenia: _____ Nazwa i numer dokumentu tożsamości: _____

Niniejszym oświadczam, że przyjmę do wiadomości i rozumiem iż:

1. W ramach diagnostyki niepłodności istnieją wskazania medyczne do wykonania u mnie badania histero-salpingo-sonografii kontrastowej zwanego także HyCoSy,
2. Badanie HyCoSy, polega na wprowadzeniu do jamy macicy jałowego cewnika i podaniu kontrastu zawierającego glicerol, hydroksytyloskrobię (ExEm Gel) oraz oczyszczoną wodę (ExEm Water) a następnie oceny stanu jajowodów i jamy macicy przy użyciu badania ultrasonograficznego.
3. Możliwe powikłania przeprowadzenia badania HyCoSy obejmują:
 - stan zapalny miednicy mniejszej (najczęściej wymagające leczenia antybiotykami, ryzyko wzrasta (od 1% do 11%) u kobiet, które przebyły PID lub wodniaka jajowodu,
 - ból podczas wprowadzania cewnika i podawania kontrastu,
 - samoistnie ustępujące plamienia lub krwawienia z dróg rodnych po zabiegu,
 - przebicie ściany macicy (możliwe przy konieczności użycia zabiegu rozszerzenia kanału szyjki).

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 badaniu HyCoSy, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z badaniem HyCoSy, o dających się przewidzieć jego następstwach dla mojego stanu zdrowia w przyszłości, tajemnicy lekarskiej, sposobie gromadzenia i ochrony moich danych osobowych, środkach bezpieczeństwa prowadzących do ochrony tych danych.
3. Zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach dla badania HyCoSy, łącznie z możliwością jego zaniechania.
4. Miałam możliwość zadawania pytań w zakresie w/w spraw i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.
5. Zostałam poinformowana o kosztach badania HyCoSy, które akceptuję.
6. Mam pełną zdolność do czynności prawnych.
7. **Dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania histero-salpingo-sonografii kontrastowej (HyCoSy)**

(data i podpis Pacjentki)**Oświadczenie Lekarza:****Niniejszym oświadczam, że:**

Pacjentka (imię i nazwisko) _____

uzyskała ode mnie wyczerpujące ustne informacje na temat badania HyCoSy, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z badaniem HyCoSy, o dających się przewidzieć następstwach dla stanu zdrowia pacjentki w przyszłości, o alternatywnych możliwościach dla badania HyCoSy, 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)