

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА УДАЛЕНИЕ ПОЛИПА ИЗ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА МЕТОДОМ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20  
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Время: \_\_\_\_:\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
добровольно даю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства удаление полипа из цервикального канала с помощью аппарата «Фотек».

Мне поставлен диагноз: \_\_\_\_\_.

Мне разъяснено, что аппарат «Фотек» основан на генерации электрического тока высокой частоты, глубина воздействия которого ограничена несколькими миллиметрами в глубину ткани. При этом, в месте воздействия тока ткань погибает, образуя корочку, под которой происходит заживление.

Мне сообщено, что альтернативой данному лечению является удаление полипа путем выскабливания слизистой цервикального канала, с последующей обработкой ложа полипа методом радиоволновой коагуляции или криодеструкции.

Преимуществами данной методики являются: высокая эффективность, уменьшение кровопотери, минимальное разрушение подлежащих тканей, ускорение процесса заживления послеоперационной раны и профилактика рецидива возникновения полипа.

Мне разъяснено, что перед проведением процедуры необходимо произвести исследование на наличие инфекций передающихся половым путем, микрофлору влагалища, а также другие исследования, необходимые для выяснения причины возникновения полипа и профилактики рецидивов заболевания.

Мне разъяснено, что процедура проводится врачом в условиях надлежащей чистоты и асептики (комплекс мероприятий, направленный на предотвращение попадания микроорганизмов в рану), и что сама процедура происходит в стерильных условиях. Я информирован, что во время процедуры возможны небольшие болевые ощущения, вследствие чего перед процедурой проводится местная анестезия. Я проинформирована об преимуществах и осложнениях местной анестезии. Я понимаю, что при проведении анестезии возможно развитие аллергических реакций (анафилактический шок, отек Квинке, обморок, коллапс).

До моего сведения доведено, что после проведенной процедуры полип необходимо направить на гистологическое исследование, о результате которого мне сообщат на контрольном осмотре у врача-гинеколога.

Я информирована о том, что даже при наивысшей степени осмотрительности и аккуратности проведения, процедура является оперативным вмешательством, при котором возможно развитие рисков, присущих любой операции: некоторое травмирование тканей с последующим развитием их отека, кровотечения, воспаления. В ряде случаев возможно ощущение боли, ощущение «дергания током» (от небольшого дискомфорта до выраженного болевого синдрома) как во время самой операции, так и в послеоперационном периоде длительностью до 4-6 недель.

Мне понятно, что после проведенного вмешательства необходимо соблюдать рекомендации врача и являться на рекомендуемые приемы к врачу-гинекологу. Я предупреждена, что несоблюдение рекомендаций врача и неявки на прием освобождают учреждение от ответственности.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения данного медицинского вмешательства, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий. Я доверяю медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что прочитала и поняла все вышеизложенное, имела возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

**Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно.  
Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.**

Пациент \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

(дата)

Врач: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

**Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2013 г.**