SIGMA MEDIC
CENTRUM MEDYCZNE

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

Nazwisko i imię .....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Nr telefonu .....

Przygotowanie do badania:

- Należy zaniechać współżycia na kilka dni przed planowanym badaniem.
- Co najmniej dobę przed badaniem nie powinno się używać dopochwowych środków chemicznych (leków, płynów, środków plemnikobójczych).
- Na 24 godziny przed badaniem nie należy wykonywać irygacji.
- Na 24 godziny przed badaniem nie należy używać środków chemicznych do mycia okolic intymnych - podmywanie okolic intymnych jedynie przy użyciu wody.

Rozpoznanie wstępne:.....

Proponowany zabieg :

Kolposkopia - obserwacja i ocena części pochwowej szyjki macicy po jej uwidocznieniu we wzierniku w dużym powiększeniu; vulvoskopia- obserwacja i ocena sromu; vaginoskopia- obserwacja i ocena pochwy

Pobranie wycinków do badań histopatologicznych podczas kolposkopii/vulvoskopii/ vaginoskopii w znieczuleniu miejscowym

Biopsja szyjki macicy, pochwy, sromu, jamy macicy (pipelle) polega na pobraniu fragmentu materiału do badania histopatologicznego w znieczuleniu miejscowym

Możliwe powikłania:

- reakcje alergiczne (po zastosowaniu środka miejscowo działającego)
- krwawienie po zabiegu
- zakażenie miejsca operowanego, zakażenie uogólnione

Oświadczenie pacjentki: W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

W związku z powyższym spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat: - rozpoznania - proponowanych metod diagnostycznych i leczniczych - dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod - możliwych powikłań związanych z tym zabiegiem

Pouczenie: podczas rozmowy z lekarzem jest Pani uprawniona do zadawania pytań w kwestii planowanego zabiegu np. jakie są inne możliwości leczenia? Jakie mogą wystąpić komplikacje podczas zabiegu?

Wyrażam świadomą, dobrowolną zgodę na badanie kolposkopowe

....

data i podpis pacjentki *data, pieczątka podpis lekarza*

Wyrażam świadomą, dobrowolną zgodę na pobranie wycinków

....

data podpis pacjentki *data, pieczątka i podpis lekarza*

Nie wyrażam zgody na pobranie wycinków

....

data podpis pacjentki *data, pieczątka i podpis lekarza*