

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_ r.

## **ZGODA NA WYKONANIE HISTEROSALPINGOSONOGRAFII KONTRASTOWEJ (HyCoSy)**

**Ja, niżej podpisana/y (nazwisko i imię)** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**PESEL:** \_\_\_\_\_

*W przypadku braku numeru PESEL:*

**Data urodzenia:** \_\_\_\_\_

**Nazwa i numer dokumentu tożsamości:** \_\_\_\_\_

### **niniejszym oświadczam, że przyjąłem 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, hydroksyetyloskrobię (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)**

\_\_\_\_\_  
(podpis Pacjentki)

(verte!)

## **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 pieczęć lekarza, w obecności którego podpis złożyła Pacjentka*)

Zgodę podpisano w Gabinet Ginekologicznym GYN-CARE, ul. Chodkiewicza 7 LU4, 02-593 Warszawa