

Warszawa, dnia _____ r.

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU KRIOTERAPII ZMIAN NA SZYJCE MACICY/ W POCHWIE

/NA SROMIE (nie właściwe skreślić)

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. Istnieją wskazania medyczne do wykonania u mnie zabiegu krioterapii zmian.
2. Zabieg ten jest stosowany w przypadku zmian na szyjce (leczenie nadżerki, infekcji HPV bez lub z śródnaablonkową neoplazją nie głębsza niż CIN I) oraz do leczenia zmian pochwy, sromu i krocza takich jak kłykciny kończyste i mięczak zakaźny.)
 1. Zabieg polega na wymrożeniu zmian
 2. możliwe powikłania przeprowadzenia zabiegu krioterapii obejmują:
 - stan zapalny pochwy i miednicy mniejszej
 - ból podczas zabiegu
 - samoistnie ustępujące plamienia i zwiększona ilość wydzieliny pochwowej z dróg rodnych po zabiegu

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 krioterapii zmian, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z zabiegiem krioterapii, 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. Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia miejscowego (o ile konieczne)
4. Zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach dla zabiegu krioterapii, 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 krioterapii, 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 zabiegu krioterapii zmian na szyjce /w pochwie/sromie (nie właściwe skreślić)**

(*verte!*)

(*podpis Pacjentki*)

Oświadczenie Lekarza:

niniejszym oświadczam, że:

Pacjentka (*imię i nazwisko*) _____
uzyskała ode mnie wyczerpujące ustne informacje na temat zabiegu krioterapii, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z zabiegiem krioterapii, o dających się przewidzieć następstwach dla stanu zdrowia pacjentki w przyszłości, o alternatywnych możliwościach zabiegu krioterapii, 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 Gabinetzie Ginekologicznym GYN-CARE, ul. Chodkiewicza 7 LU4, 02-593 Warszawa