

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 ZABIEGU USUNIĘCIA POLIPA KANAŁU SZYJKI MACICY Z WYŁYŻECZKOWANIEM KANAŁU SZYJKI MACICY

Ja, niżej podpisana (nazwisko i imię) _____

Adres: _____

PESEL: _____

W przypadku braku numeru PESEL:

Data urodzenia: _____ Nazwa i numer dokumentu tożsamości: _____

Niniejszym oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i rozumiem, iż:

1. Istnieją wskazania medyczne do wykonania u mnie zabiegu usunięcia polipa kanału szyjki z wyłyżeczkowaniem kanału szyjki.
2. Zabieg ten jest stosowany w przypadku stwierdzenia polipa szyjki macicy.
3. Polip kanału szyjki macicy wymaga usunięcia w związku z możliwym zagrożeniem onkologicznym.
4. Usunięcie polipa szyjki macicy jest zabiegiem leczniczo-diagnostycznym polegającym na uwidocznieniu polipa kanału szyjki macicy we wzornikach ginekologicznych, instrumentalnym jego usunięciu poprzez ukłucie oraz następowym wyłyżeczkowaniu kanału szyjki w tym miejsca po szypule polipa w kanale szyjki macicy. Uzyskany materiał biologiczny przekazywany jest do oceny histopatologicznej.
5. Przed planowanym zabiegiem pacjentka powinienam przestrzegać poniższych zasad:
 - stosować leczenie zalecone przez lekarza ginekologa (o ile takie było zalecone)
 - zabieg powinien być przeprowadzony w fazie folikularnej cyklu tj. po miesiączce do 12 dnia cyklu
 - posiadać aktualny wynik cytologii.
6. Przeciwwskazaniem bezwzględnym do wykonania zabiegu są :
 - nieuregulowanie ciśnienie tętnicze.
7. Podczas konsultacji kwalifikującej do zabiegu usunięcia polipa kanału szyjki macicy powinienam zgłosić lekarzowi ze:
 - stosuje leki z grupy leków przeciwkrzepliwych. W przypadku stosowania leków przeciwkrzepliwych, gdy pacjent ma wątpliwości co do możliwości odstawienia tych leków, powinien odpowiednio wcześniej skonsultować się z lekarzem, który je zalecił,
 - mam skłonność do krwawień,
 - mam uczulenie na zewnętrzne środki odkażające,
 - mam skłonność do zaburzeń rytmu,
 - mam skłonność do omdleń, posiadam rozrusznik serca, choroby układu krążenia,
 - leczę się z powodu padaczki.
8. Możliwe dolegliwości, które mogą się pojawić podczas i po zabiegu:
 - dyskomfort lub ból podczas zabiegu,
 - samoistnie ustępujące plamienia i zwiększona ilość wydzieliny pochwowej z dróg rodnych utrzymująca się do 14 dni po zabiegu Po zabiegu należy zgłosić lekarzowi przeprowadzającemu zabieg wszelkie objawy niepokojące.
9. Możliwe powikłania mogące pojawić się podczas i po przeprowadzeniu zabiegu obejmują:
 - w wyjątkowych przypadkach może pojawić się obfite krwawienie z dróg rodnych, które ustępuje samoistnie w ciągu ok. 5 minut po usunięciu polipa,
 - bardzo rzadko mogą pojawić się reakcje alergiczne na środki dezynfekcyjne,
 - bardzo rzadko może wystąpić stan zapalny pochwy i miednicy mniejszej.
10. Zalecenia po zabiegu:
 - po zabiegu należy odpocząć w pozycji siedzącej do około 20 minut,
 - zgłosić się po tym czasie do ginekologa celem kwalifikacji do opuszczenia gabinetu,
 - do 2 tygodni po zabiegu nie należy korzystać z kąpeli w wannie, basenie i innych zbiornikach,
 - do 2 tygodni po zabiegu nie należy korzystać z sauny, nie stosować zabiegów fizykoterapii na okolicę kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, nie wykonywać dużych wysiłków fizycznych, nie stosować tamponów, leków dopochwowych, powstrzymać się od stosunków płciowych.

Wypełnioną zgodę uprzejmie prosimy dostarczenie osobiście do NZOZ GYN-CARE w dniu planowanego zabiegu.

Dziękujemy, zespół NZOZ-GYN-CARE

(verte!)

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 usunięcia polipa kanału szyjki i wyłyżeczkowaniu kanału szyjki, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z zabiegiem krioterapii, o dających się przewidzieć jego następstwach dla mojego stanu zdrowia w przyszłość i 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 usunięcia polipa kanału szyjki i wyłyżeczkowaniu kanału szyjki, 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 usunięcia polipa kanału szyjki i wyłyżeczkowaniu kanału szyjki, 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 usunięcia polipa kanału szyjki i wyłyżeczkowaniu kanału szyjki.**

(data i podpis Pacjentki)

Oświadczenie Lekarza:

Niniejszym oświadczam, że:

Pacjentka *(imię i nazwisko)* _____

uzyskała ode mnie wyczerpujące ustne informacje na temat zabiegu usunięcia polipa kanału szyjki i wyłyżeczkowaniu kanału szyjki, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z zabiegiem krioterapii, o dających się przewidzieć następstwach dla stanu zdrowia pacjentki w przyszłości, o alternatywnych możliwościach zabiegu, 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)