

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 ZAŁOŻENIE WKŁADKI WEWNĄTRZMACICZEJ MIRENA/KYLENNA/JAYDESS (nie właściwie skreślić)

Ja, niżej podpisana (nazwisko i imię) _____

Adres: _____

PESEL: _____

W przypadku braku numeru PESEL:

Data urodzenia: _____ Nazwa i numer dokumentu tożsamości: _____

Niniejszym oświadczam, że przyjmę do wiadomości i rozumiem iż:

1. Istnieją u mnie wskazania medyczne do wykonania u mnie zabiegu założenia wkładki wewnątrzmacicznej.
2. Zabieg założenia wkładki polega na wprowadzeniu do jamy macicy jałowej wkładki wewnątrzmacicznej.
3. Możliwe powikłania przeprowadzenia zabiegu założenia wkładki wewnątrzmacicznej Mirena/ Kyleena/Jaydess obejmują:
 - stan zapalny miednicy mniejszej,
 - ból podczas zabiegu zakładania wkładki,
 - samoistnie ustępujące plamienia lub krwawienia z dróg rodnych po zabiegu,
 - przebicie ściany macicy wymagającym interwencji chirurgicznej.

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu leczenia oraz braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją mogą polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniem ciągłości ściany macicy, które mogą wymagać wycięcia macicy,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit,
- krwotoku śródoperacyjnym, wtórnym krwawieniu lub krwawkach wymagających przetoczenia krwi lub ponownej reoperacji (otwarcia jamy brzusznej),
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych,
- zakażeniu rany pooperacyjnej, zapaleniu pęcherza moczowego.
- przy stosowaniu hormonalnych środków antykoncepcyjnych o małych dawkach może dojść do nadmiernego rozwoju pęcherzyków jajnikowych, tak, że osiągną one rozmiary większe niż w prawidłowym cyklu. Zazwyczaj, powiększone pęcherzyki zanikają samoistnie. Często nie dają objawów, w pewnych przypadkach mogą być przyczyną łagodnego bólu brzucha. Bardzo rzadko wymagają interwencji chirurgicznej.
- ciąży pozamacicznej: Ochrona przed ciążą pozamaciczną, jaką dają tradycyjne środki antykoncepcyjne zawierające tylko progestagen, nie jest tak duża, jak w przypadku złożonych doustnych środków antykoncepcyjnych, co jest związane z częstszym występowaniem owulacji. Ciążę pozamaciczną należy brać pod uwagę w diagnostyce różnicowej u kobiet z zatrzymaniem miesiączki i bólami brzucha.

Ciężkie zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu są niezwykle rzadkie**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 założenia wkładki wewnątrzmacicznej, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z założeniem wkładki, 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.

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

Dziękujemy, zespół NZOZ-GYN-CARE

(verte!)

3. Zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach dla założenia wkładki wewnątrzmacicznej, łącznie z możliwością jego zaniechania.
4. Miałam możliwość zadawania pytań w zakresie w/w spraw i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.
5. Zostałam poinformowana o kosztach założenia wkładki wewnątrzmacicznej, które akceptuję.
6. Mam pełną zdolność do czynności prawnych.
7. **Dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zabiegu założenia wkładki wewnątrzmacicznej Mirena/Kyleena/Jaydess (nie właściwe skreślić).**

(podpis Pacjentki)

Oświadczenie Lekarza:

niniejszym oświadczam, że:

Pacjentka *(imię i nazwisko)* _____

Uzyskała ode mnie wyczerpujące ustne informacje na temat zabiegu założenia wkładki wewnątrzmacicznej, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z założeniem wkładki wewnątrzmacicznej, o dających się przewidzieć następstwach dla stanu zdrowia pacjentki w przyszłości, o alternatywnych możliwościach dla założenia wkładki wewnątrzmacicznej, 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 pieczętka lekarza, w obecności którego podpis złożyła Pacjentka)