

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

Nazwisko i imię nr karty

Adres

PESEL Data ur. Wiek

Na podstawie art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U.09.52.417 z późn. zm.) niniejszym przedstawiam informację o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

TRYB - Ambulatoryjny

Rozpoznanie:

- Kolposkopia - obserwacja i ocena części pochwowej szyjki macicy po jej uwidocznieniu we wzierniku w dużym powiększeniu
- Pobranie wycinków do histopatologicznych podczas kolposkopii
- Biopsja szyjki macicy ,pochwy, sromu, jamy macicy (pipelle) polega na pobraniu fragmentu błony śluzowej macicy do badania histopatologicznego
- Krioterapia miejscowa - polega na przyłożeniu przy pomocy specjalnego aplikatora bardzo niskiej temperatury, która dostarczana jest do miejsca zmienionego chorobowo (do zamrażania wykorzystywany jest podtlenek azotu).

Alternatywne metody leczenia:

zaniechanie zabiegu i akceptacja obecnego stanu zdrowia i możliwych następstw

Możliwe powikłania:

- reakcje alergiczne (po zastosowaniu środka miejscowo działającego)
- krwawienie po zabiegowe
- powikłania zatorowo-zakrzepowe / tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy/
- zakażenie miejsca operowanego, zakażenie uogólnione

Rokowanie:

Prawdopodobieństwo powodzenia planowanego zabiegu w Pani przypadku jest:

- duże średnie ograniczone

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? Jakieg mogą wystąpić komplikacje podczas zabiegu?

UWAGA

Badanie histopatologiczne może wymagać dodatkowej diagnostyki czyli barwień immunohistochemicznych. W przypadkach podejrzenia choroby nowotworowej taka procedura jest obowiązkowa i może to się wiązać z **dodatkowymi kosztami dla pacjenta**.

Takie badanie służy potwierdzeniu lub wykluczeniu choroby nowotworowej bądź różnicowaniu nowotworów.

Opracowywanie preparatów histopatologicznych i cytologicznych jest zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r., w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii oraz zgodnie z przyjętymi w histopatologii procedurami i zaleceniami PTP.

Wyrażam zgodę bez zastrzeżeń / z zastrzeżeniami na proponowane leczenie i proszę lekarza o wykonanie powyższego zabiegu.
(niepotrzebne skreślić)

data i podpis pacjentki

podpis lekarza