



---

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ БИОПСИИ ШЕЙКИ МАТКИ РАДИОВОЛНОВЫМ МЕТОДОМ

г. Новосибирск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г

Настоящее добровольное согласия составлено со статьей 20 ФЗ РФ №323 от 21.11.2001г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ»

Я (ФИО пациента или его законного представителя) \_\_\_\_\_

Проживающий по адресу \_\_\_\_\_

Прошу провести мне биопсию шейки матки радиоволновым методом.

Я информирована врачом ФИО \_\_\_\_\_

О целесообразности, порядке, условиях проведения данной манипуляции ее информативности

Я предупреждена о возможных осложнениях во время и после проведения данной процедуры:

- острый болевой синдром
- воспалительные заболевания органов малого таза
- кровотечение
- о возможном возникновении технических сложностей при проведении манипуляций связанных с анатомическими особенностями организма

Я предупреждена о том, что при возникновении осложнений мне будет назначена дополнительная терапия или обследование, а так же о том, что некоторые осложнения могут потребовать госпитализации машиной скорой помощи в отделение экстренной гинекологии по месту жительства.

Каждый пункт данного соглашения мне понятен.

Подпись \_\_\_\_\_