



ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ РАДИОВОЛНОВОЙ ДЕКТРУКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ

г. Новосибирск

« _____ » _____ 20__г

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

Я (ФИО пациента) _____

Проживающий по адресу _____

Прошу провести мне радиоволновую деструкцию шейки матки

Я информирована врачом Ф.И.О. _____

О целесообразности, порядке, условиях проведения данной манипуляции и ее информативности

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

- острый болевой синдром
- воспалительные заболевания органов малого таза
- рубцовые изменения шейки матки
- кровотечение
- рецидив эрозии шейки матки
- анафилактические реакции на вводимые препараты
- о возможном возникновении технических сложностей при проведении манипуляции 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.

Дата _____

Подпись _____