

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO  
W PORADNI CYTOLOGII I KOLPOSKOPII**

**Nazwisko i imię** .....

**PESEL** .....

**Nr kartoteki** .....

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 wstępne:**.....

**Proponowany zabieg :**

- Kolposkopia - obserwacja i ocena części pochwowej szyjki macicy po jej uwidocznieniu we wzierniku w dużym powiększeniu; vulvoskopia- obserwacja i ocena sromu; vaginoskopia- obserwacja i ocena pochwy
- Pobranie wycinków do badań histopatologicznych podczas kolposkopii/vulvoskopii/vaginoskopii w znieczuleniu miejscowym
- Biopsja szyjki macicy, pochwy, sromu, jamy macicy (pipelle) polega na pobraniu fragmentu materiału do badania histopatologicznego w znieczuleniu miejscowym

**Alternatywne metody leczenia:**

- zaniechanie zabiegu i akceptacja obecnego stanu zdrowia i możliwych następstw
- biopsja w znieczuleniu ogólnym w ramach planowej hospitalizacji na Oddziale Ginekologii

**Możliwe powikłania:**

- reakcje alergiczne (po zastosowaniu środka miejscowo działającego)
- krwawienie po zabiegowe
- zakażenie miejsca operowanego, zakażenie uogólnione

**Rokowanie:**

Rokowanie: Prawdopodobieństwo powodzenia planowanego zabiegu w Pani przypadku jest:

- duże                                       średnie                                       małe

**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? Jakie mogą wystąpić komplikacje podczas zabiegu?

**UWAGA :**

Badanie histopatologiczne może wymagać dodatkowej diagnostyki, czyli barwień immunohistochemicznych. Takie badanie służy potwierdzeniu lub wykluczeniu dysplazji, bądź nowotworu złośliwego szyjki macicy/ pochwy/ sromu.

*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 świadomą, dobrowolną zgodę na badanie kolposkopowe.***

.....

Data i podpis pacjentki

.....

Pieczętka i podpis lekarza

***Wyrażam świadomą, dobrowolną zgodę na pobranie wycinków.***

.....

Data i podpis pacjentki

.....

Pieczętka i podpis lekarza

***Nie wyrażam zgody na badanie kolposkopowe.***

.....

Data i podpis pacjentki

.....

Pieczętka i podpis lekarza

***Nie wyrażam zgody na pobranie wycinków.***

.....

Data i podpis pacjentki

.....

Pieczętka i podpis lekarza