



МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

Информированное добровольное согласие на хирургическое лечение заболеваний шейки матки с использованием различных энергий (медицинский лазер, радиоволновой метод)

г. Москва

« ____ » _____ 20 __ г.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах
пациента действует его представитель*

Я, _____,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, проинформирована врачом о состоянии моего здоровья и
предварительном диагнозе _____.

В связи с этим мне рекомендовано проведение процедура _____

с использованием аппарата _____.

Врачом мне разъяснено:

Удаление поверхностных доброкачественных новообразований с использованием медицинского лазера – метод основан на испарении клеток новообразования до полного удаления новообразования. Благодаря небольшой длительности и высокой энергии импульса, лазер аккуратно послойно удаляет дефекты кожи, не вызывая тепловых повреждений соседних тканей, и обеспечивает контролируемую глубину воздействия. Процедура проводится под местной анестезией.

Возможные осложнения: при проведении процедуры возможна незначительная болезненность (в зависимости от индивидуального болевого порога), у некоторых пациентов в процессе заживления различных повреждений кожи, возможно образование гипертрофических и келлоидных рубцов, а также вероятной гиперпигментацией (потемнение участка кожи).

После проведения процедуры: после сеанса на месте удаления или обработки возможны отёк, покраснение, появление корочек. Необходимо избегать водных процедур в течение суток, корки не травмировать (во избежание появления рубцов), не загорать в течение 2-3 месяцев после процедуры.

С целью ускорения заживления проводить обработку раневой поверхности согласно рекомендациям лечащего врача. Для исключения вероятности образования гиперпигментации необходимо использовать крема с УФ-фильтром, отбеливающие крема. В течение трех месяцев исключить попадание прямых солнечных лучей на послеоперационную поверхность.

Лечение эрозии шейки матки радиоволновым методом - метод состоит в прямом воздействии на пораженный участок слизистой ткани радиоволн. Преимуществом метода является его

безболезненность, высокая эффективность и быстрое восстановление поверхности шейки матки. Противопоказаниями к радиоволновому лечению эрозии, псевдоэрозии (эктопии, эктропиона), эндометриоза, лейкоплакии, кисты шейки матки являются: менструация и любые кровотечения из половых путей; острые и хронические в стадии обострения воспалительные заболевания гениталий (вульвовагинит, кольпит, цервицит, эндометрит, сальпингит (аднексит), сальпингоофорит, оофорит); острые инфекционные и соматические (не гинекологические) заболевания, ослабляющие защитные силы организма (ОРВИ, грипп, острые ринит (насморк) гайморит, пиелонефрит, цистит и т.д.), и повышение температуры тела выше 37.2; онкологические заболевания любой локализации и подозрение на их наличие; беременность любого срока; пониженная свертываемость крови и склонность к кровотечениям; сахарный диабет в стадии декомпенсации; психические заболевания (эпилепсия, шизофрения); активный тренировочный процесс, связанный с повышенной психоэмоциональной и физической нагрузкой; наличие внутриматочного средства (ВМС). ВМС препятствует радиоволновому лечению вследствие возможного прижигающего действия металлической оплетки ВМС и риска повреждения нитей ВМС.

-Мне разъяснено, что существуют следующие ограничения после лечения заболеваний шейки матки:
-После лечения заболеваний шейки матки в течение 10 дней не желательно купаться в пруду, реке, озере, море, принимать общую ванну и посещать бассейн, баню (сауну); желательно воздержаться от длительной ходьбы, подъема в гору, подъема и/или переноса вещей, детей, продуктов питания более 3 кг и иной физической нагрузки в быту, спортзале и на производстве.

-Желательно воздержаться от половой близости в течение 10 дней после лечения эрозии и других заболеваний шейки матки. В зависимости от объёма удаленной ткани врач может продлить период воздержания (полового покоя). Последующие половые акты не должны быть интенсивными, чтобы не нарушить процесс эпителизации (заживления) и не спровоцировать кровотечение. Раннее вступление в половую близость после лечения эрозии и других заболеваний шейки матки может вызвать кровотечение и удлинить срок полной эпителизации (заживления). Через 10 дней после лечения эрозии и других заболеваний шейки матки возможно проведение ультразвукового исследования вагинальным датчиком. Дальние поездки (перелёты) желательны не ранее 5-7 дней после лечения эрозии и других заболеваний шейки матки. Беременеть желательно после полной эпителизации (заживления) пролеченного участка шейки матки. В зависимости от размеров участка длительность полной эпителизации (заживления) составляет 1 -3 месяца.

Мне разъяснено, что при проявлении осложнений после проведения процедур необходимо обратиться в клинику Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Я поставила в известность врача обо всех моих проблемах со здоровьем, хронических заболеваниях, инфицированностью различными возбудителями, в том числе ВИЧ, гепатит, случаях индивидуальной непереносимости лекарств.

Также я предупреждена о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного медицинского вмешательства.

Я имела возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получила на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом Медицинского частного учреждения «Медицинский центр «Рамбам».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства _____ (подпись)