

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ПОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры  
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

**Информированное добровольное согласие  
на диагностическую пайпель-биопсию эндометрия**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., «\_\_\_» часов «\_\_\_» минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Приложение к \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(наименование и номер медицинской документации)

Я \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента - полностью)

19\_\_\_ года рождения, проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ поставлена в известность, что  
я госпитализирована в \_\_\_\_\_ бюджетного  
(вписать наименование отделения)

учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» настоящим подтверждаю свое (представляемого) согласие на проведение мне (представляемому) пайпель-биопсии эндометрия.

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер паспорта)

выдан: \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Биопсия эндометрия – современная поликлиническая операция. Для диагностики различных состояний слизистой оболочки матки забирают микроскопические кусочки ткани и проводят гистологическое исследование. Например, диагностируют наличие гиперпластических процессов эндометрия – разрастание и утолщение слизистой, а также онкологических заболеваний – карциномы эндометрия. Кроме того, исследование эндометрия может быть необходимо для изучения нарушений лютеиновой фазы, в рамках мониторинга гормонотерапии, исследования причин патологических маточных кровотечений, при бактериологическом исследовании и т.д.

Инструмент, названный по имени изобретателя – пайпель, – это гибкая пластмассовая трубочка диаметром 3 мм с боковым отверстием на конце. Внутри трубочки имеется поршень как в шприце. Введя пайпель в полость матки, врач извлекает поршень на половину длины, создавая отрицательное давление в цилиндре. При этом в цилиндр всасывается ткань

эндометрия из различных участков. Следует отметить, что в цилиндр попадают не только поверхностные клетки маточных желез, но и ткань эндометрия, необходимая для определения характера заболевания.

Затем инструмент извлекают из матки, и полученный материал отправляют в лабораторию. Вся процедура занимает не более 30 секунд.

Поскольку внешний диаметр трубочки всего 2, или 3, или 4, 5 мм (в зависимости от модели), расширение канала шейки матки не требуется. Не нужно также проводить обезболивание. Кроме того, пайпель – одноразовый инструмент, до использования находящийся в стерильной упаковке. Это исключает возможность инфицирования. Наконец, пайпель-биопсия проще и дешевле обычной биопсии. Показания для проведения пайпель-биопсии, в основном, совпадают с показаниями для обычной биопсии:

1. Изучение состояния эндометрия при бесплодии. Выявление эндометриоза.
2. «Прорывные» кровотечения при проведении заместительной гормональной терапии
3. Кровотечения на фоне гормональной контрацепции.
4. Кровотечения у женщин старше 40 лет.
5. Обильные кровотечения в менопаузе (подозрение на рак эндометрия).
6. Кровотечения в менопаузе.
7. Как часть комплексного одновременного исследования при проведении трансвагинального УЗИ или во время диагностической гистероскопии. В этих случаях диагностическая ценность и точность исследования значительно возрастает.

Пайпель-биопсия имеет преимущества перед обычной процедурой биопсии в тех случаях, когда у пациентки есть риск распространения эндометриоза, раковых клеток, а также при некоторых общих заболеваниях (например, сахарном диабете).

Пайпель-биопсия позволяет проводить исследование практически без боли и осложнений, в любое, необходимое время, избегать лишних затрат пациентке. Это особенно важно, если особенности заболевания требуют регулярного забора эндометрия для исследования. Например, в случаях бесплодия, связанного с гормональными и гиперпластическими процессами.

Некоторые репродуктологи включают пайпель-биопсию в список обязательных исследований, проводимых перед зачатием и в процессе обследования по поводу невынашивания беременности.

Мне согласно моей воле даны полные данные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

Я ознакомлена (ознакомлен) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

Даю свое согласие на проведение мне (представляемому) в соответствии с назначениями врача гистологического исследования. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

Я информирована (информирован) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностической процедуры, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

Я предупреждена (предупрежден) и осознаю, что отказ от пайпель-биопсии, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение может отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я поставила (поставил) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых

лекарственных средствах. Я сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я \_\_\_\_\_ на осмотр другими медицинскими работниками  
(вписать - согласна или не согласна)  
исключительно в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я \_\_\_\_\_ на осмотр студентами медицинских вузов и  
(вписать – согласна или не согласна)  
колледжей исключительно в медицинских, научных и обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Информирована врачом о необходимости данной процедуры.

Мне планируется пайпель биопсия эндометрия без применения местного параинтрацервикального обезболивания.

Мне лично врачом - акушером - гинекологом были разъяснены цель и характер манипуляции.

Я предупреждена о возможных негативных последствиях и осложнениях данной процедуры:

- механическая травма матки и шейки матки
- кровянистые выделения
- воспалительные заболевания матки, придатков (трубы, яичники).

Я предупреждена о побочных действиях, включая: повышение температуры и озноб, тошноту и рвоту, головную боль, диарею, боли внизу живота.

В случае возникновения осложнений, угрожающих моей (представляемого) жизни, я согласна (согласен) на расширение объема операции вплоть до экстирпации матки и не возражаю против дальнейшего участия в моей (представляемого) операции специалистов бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» и привлеченных специалистов.

Я \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациентки полностью)

поставлена в известность и даю свое согласие на пайпель-биопсию эндометрия.

Мне (представляемому) было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения.

Я прочитала (прочитал) и поняла (понял) все вышеизложенное, полностью удовлетворена ответами на все мои (представляемого) вопросы и даю добровольное согласие на пайпель-биопсию эндометрия.

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ подпись пациента, законного представителя

Расписалась (расписался) в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

---

---

---

---

---

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

---

подпись

Ф.И.О., печать врача

Консилиум врачей в составе:

---

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

---

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

---

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

---

дата