

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АУТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на
выполнение малоинвазивной манипуляции**

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

" ___ " _____ 200___ г., " _____ "часов " _____ "минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Истмикоцервикальная недостаточность (ИЦН) - несостоятельность, некомпетентность шейки матки, укорочение шейки матки, расширение внутреннего зева, приводящие к разрыву плодного пузыря и потере беременности.

Показания к хирургическому лечению ИЦН:

- наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов (во II и III триместрах беременности);
- наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов (во II и III триместрах беременности);
- прогрессирующая по данным клинического и ультразвукового обследования недостаточность шейки матки: изменение консистенции, укорочение, увеличение «зияния» наружного зева и всего канала шейки матки, раскрытие внутреннего зева.
- пролабирование плодного пузыря в цервикальный канал и расширение последнего до 8мм и более.

Наиболее оптимальные сроки проведения хирургической коррекции - 13 - 17 нед.бдн. гестации. Эффективность хирургического лечения ИЦН и вынашивание беременности составляют 85-95%.

Противопоказания к хирургическому лечению ИЦН:

- Заболевания матери и плода, являющиеся противопоказаниями к сохранению беременности (пороки развития плода и хромосомные аномалии, несовместимые с жизнью, неразвивающаяся беременность - по данным ультразвукового и генетического исследований; тяжелые заболевания сердечно - сосудистой системы, печени, почек, инфекционные, психические, генетические и др. заболевания матери);
- Значительное сглаживание шейки матки;
- Выраженное пролабирование плодного пузыря;
- Повышенная возбудимость матки, не купируемая под действием медикаментозных средств;
- Беременность, осложненная кровотечением;
- 3-4 степень чистоты влагалищной флоры, наличие кольпита;

Я, _____

(ФИО пациентки, полностью)

внимательно прочла информацию о проведении хирургической коррекции ИЦН, и _____ согласие на выполнение малоинвазивной манипуляции -
даю, не даю - вписать

хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности (наложение шва на шейку матки), необходимой для лечения возникших осложнений беременности - угрозы прерывания беременности.

Мне объяснено, что данная операция сопряжена с определенными рисками:

- Самопроизвольное прерывание беременности.
- Кровотечение.
- Разрыв амниотических оболочек.
- Восходящее инфицирование плодных оболочек (хориоамнионит), восходящее инфицирование матки (эндометрит, сепсис), восходящее инфицирование плода (внутриутробное инфицирование плода - внутриутробная пневмония, сепсис), и др.
- Круговой отрыв шейки матки (при начале родовой деятельности и наличии швов).

В случае возникновения осложнений я информирована о том, что мне может быть выполнено расширение объема операции, вплоть до удаления матки.

Я информирована о том, что необходимо выполнять лечебно - охранительный режим и рекомендации, данные врачом как в период пребывания на стационарном лечении, так и после выписки из стационара.

Я информирована о следующем:

при появлении кровянистых или гнойных выделений из половых путей, лихорадке не связанной с респираторными проявлениями, тонусе матки - необходимо обратиться на прием к врачу - акушеру - гинекологу или обратиться в акушерский стационар;
снять швы необходимо в 37-38 недель гестации (при состояниях, указанных выше - ранее);

Я, _____
(ФИО пациентки, полностью)

_____ согласие на выполнение всех предписаний врача, необходимых
даю, не даю - вписать

к обязательному исполнению после проведения мне хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности (наложение шва на шейку матки).

С планом предстоящей манипуляции и лечения ознакомлена и не буду возражать против участия в моем лечении специалистов бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

Своей подписью подтверждаю, что мною получена вся интересующая информация в доступной для меня форме и имелась возможность обсудить все интересующие меня вопросы с врачом.

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти.

В случае самовольного ухода из отделения всю ответственность беру на себя.

Пациентка: _____ «__» _____ 20__ г.
Подпись Фамилия (полностью), И.О. дата

Врач: _____ «__» _____ 20__ г.
Подпись Фамилия (полностью), И.О., печать врача дата

