

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ 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»

Я, _____
(ФИО пациентки, полностью)
информирована врачом о необходимости проведения

_____ (вписать наименование процедуры, манипуляции)

Мне планируется пайпель- биопсия эндометрия без применением местного пара-интрацервикального обезболивания.

Мне лично врачом 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.

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 жизни, я _____
(согласна/не согласна, нужно вписать)

на расширение объема операции и не возражаю против дальнейшего участия в моей операции специалистов бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа- Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» и привлеченных специалистов.

С планом предстоящей манипуляции ознакомлена и своей подписью подтверждаю, что мною получена вся интересующая информация в доступной мне форме. В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти.

Я, _____
(вписать – согласна (согласен) или не согласна (не согласен)

на _____
(вписать наименование процедуры, манипуляции)

дата

подпись пациента

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

