KLINIKA PROMIENISTA

L/001/09

NAZWISKO ..... IMIĘ

.....

Adres ..... PESEL .....

Telefon ..... e-mail: .....

Prosimy o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na poniższe pytania:

(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

CZY CHOROWAŁA LUB CHORUJE PANI NA KTÓRĄŚ Z PODANYCH

1

NIŻEJ CHORÓB:				
1	Wskazania do kolposkopii	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
2	Wynik ostatniego testu HPV/cytologii /p16/Ki67	☐ Data wyniku: ☐ Ocena:		
3	Wynik poprzedniego testu HPV/cytologii/p16/Ki67	☐ Data wyniku: ☐ Ocena:		☐ Nie wiem
4	Wynik poprzedniej kolposkopii	☐ Data: ☐ Ocena:		☐ Nie
5	Procedury wycięcia / ablacyjne	☐ Data:		☐

		☐ Rodzaj procedury		Nie
6	OM – data			
7	Status ciążowy (liczba ciąż , poronień)			
8	Wywiad położniczy(zabiegi na szyjce macicy, szew okrężny, pęknięcie szyjki, vacuum)* Inne: …… ……	☐ obciążony	☐ nieobciążony	☐ nie wiem
9	Antykoncepcja	☐ Tak	Preparat:	☐ Nie
10	IUD – konwencjonalna/hormonalna	☐ Tak	Rodzaj:	☐ Nie
11	Terapia hormonalna – rodzaj	☐ Tak	Preparat:	☐ Nie

12	Status menopauzalny – OM rok życia			
13	Hormonalna terapia zastępcza	☐ Tak	Preparat:	☐ Nie
14	Stan po histerektomii	☐ Tak	Data:	☐ Nie
15	Nikotynizm	☐ Tak	☐ Ile dziennie ……	☐ Nie
16	Status HIV	☐ Tak ……		☐ Nie
17	Szczepienie p/HPV – rodzaj, liczba dawek	☐ Tak	Preparat: Ilość dawek :	☐ Nie
18	Inne – podać jakie?			

19	Świadoma zgoda pacjentki*	☐ Tak	☐ Nie

** zaznaczyć właściwe*

Oświadczam, że wszelkie podane informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłem/łam żadnych danych dotyczących stanu mojego zdrowia.

…… *Dziękujemy*

data i podpis pacjentki

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

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:

☐ Kolposkopia - obserwacja i ocena części pochwowej szyjki macicy po jej uwidocznieniu we wzierniku w dużym powiększeniu

☐ Vulvoskopia – obserwacja i ocena sromu po jego uwidocznieniu w powiększeniu

☐ Pobranie wycinków histopatologicznych podczas kolposkopii / vulvoskopii

☐ Biopsja szyjki macicy ,pochwy, sromu, jamy macicy (pipelle) polega na pobraniu fragmentu błony śluzowej macicy do badania

histopatologicznego

☐ Krioterapia miejscowa - polega na przyłożeniu przy pomocy specjalnego aplikatora bardzo niskiej temperatury, która dostarczana jest do miejsca zmienionego chorobowo (do zamrażania wykorzystywany jest podtlenek azotu).

Alternatywne metody leczenia:

zaniechanie zabiegu i akceptacja obecnego stanu zdrowia i możliwych następstw

Możliwe powikłania:

- reakcje alergiczne (po zastosowaniu środka miejscowo działającego)

- krwawienie po zabiegowe

- powikłania zatorowo-zakrzepowe / tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy/

- zakażenie miejsca operowanego, zakażenie uogólnione

Rokowanie:

Prawdopodobieństwo powodzenia planowanego zabiegu w Pani przypadku jest: ☐

duże ☐ średnie ☐ ograniczone

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. W przypadkach podejrzenia choroby nowotworowej taka procedura jest obowiązkowa i może to się wiązać z dodatkowymi kosztami dla pacjenta. Takie badanie służy potwierdzeniu lub wykluczeniu choroby nowotworowej bądź różnicowaniu nowotworów.

Wyrażam zgodę bez zastrzeżeń / z zastrzeżeniami na proponowane leczenie i proszę lekarza o wykonanie powyższego zabiegu.

(niepotrzebne skreślić)

data i podpis pacjentki

podpis lekarza