



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 проведение вакуум-аспирации эндометрия (диагностической пайпель-биопсии эндометрия)

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 пайпель-биопсии эндометрия.

Врачом в доступной для меня форме мне разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** диагностика наличия 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.

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. 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 от 2мм до 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.

- **показания для проведения пайпель-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 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. Это особенно важно, если особенности заболевания требуют регулярного забора эндометрия для исследования. Например, в случаях бесплодия, связанного с гормональными и гиперпластическими процессами.

- **предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:** Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение биопсии шейки матки позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение.

Возможные осложнения: Мне разъяснено, что после проведения биопсии возможно появление кровянистых выделений. Если выделения продолжаются длительное время и имеют неприятный запах, боль внизу живота не проходит, наблюдается повышенная температура тела, то нужно немедленно обратиться к лечащему врачу.

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)