

Gimdos kaklelio piktybinio naviko
ankstyvosios diagnostikos programos
organizavimo, vykdymo ir kokybės
reikalavimų aprašo
18 priedas

(pavyzdinė forma)
**SUTIKIMAS DALYVAUTI GIMDOS KAKLELIO PIKTYBINIO NAVIKO
ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS PROGRAMOJE**

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje teikiama paslauga, pavadinimas, kodas, adresas, telefonas (toliau – ASPĮ)

Pacientės vardas pavardė, amžius

Gimdos kaklelio piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos (toliau – Programa) tikslas yra pakviesti moteris išsitiirti, siekiant kuo anksčiau diagnozuoti gimdos kaklelio ląstelių pokyčius ir pradėti juos gydyti, kad sumažėtų moterų sergamumas ir mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio.

Atliekant tyrimą, ginekologinės apžiūros kabinete į makštį įkišamas specialus skėtiklis, leidžiantis pasiekti gimdos kaklelį. Nuo gimdos kaklelio paviršiaus ir iš kanalo sterilia mentele ar šepetėliu paimamas ląstelių mėginys ir išsiunčiamas į laboratoriją atlikti citologinio tyrimo. Procedūra neskausminga, todėl anestezija netaikoma. Procedūros trukmė su pasirengimu – apie 15 minučių.

Šiuo sutikimu patvirtinate, kad:

esate žodžiu ir raštu informuota apie gimdos kaklelio tepinėlio citologinio tyrimo ypatumus ir sutinkate dalyvauti Programoje ir atlikti tyrimus;

Jums užteko laiko suprasti pateiktą informaciją, paklausti apie ją gydytojo ir gauti atsakymus; esate informuota ir sutinkate, kad ASPĮ saugos ir tvarkys Jūsų asmens duomenis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir Programos vykdymo tikslais ir perduos duomenis apie tyrimų rezultatus Koordinavimo centrui, o šis:

informuos Jus apie Jūsų tyrimo rezultatus e. sveikatos sistemoje, taip pat ir kitais būdais (el. paštu arba paštu);

pakvies Jus pakartotinai išsitiirti ir konsultuotis dėl tolesnės sveikatos priežiūros;

kaups ir analizuos duomenis, kad būtų galima užtikrinti kokybišką Programos vykdymą ir tolesnę Jūsų sveikatos būklės stebėseną.

Jeigu nenorite gauti tyrimo rezultatų paštu, pažymėkite ☐

Pacientė arba jai atstovaujantis asmuo [nurodyti atstovavimo pagrindą] _____

Vardas Pavardė _____ Parašas _____
Sutikimo formos užpildymo data ir laikas _____

ASPĮ darbuotojas, užpildęs sutikimo formą

Vardas Pavardė _____ Parašas _____
Sutikimo formos užpildymo data ir laikas _____