

Krūties piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo 13 priedas

(pavyzdinė forma)

SUTIKIMAS DALYVAUTI KRŪTIES PIKTYBINIO NAVIKO ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS PROGRAMOJE IR ATLIKTI KRŪTŲ MAMOGRAFINĮ TYRIMĄ

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje teikiama paslauga, pavadinimas, kodas, adresas, telefonas

Asmens vardas, pavardė, amžius _____

Krūties piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos (toliau – Programa) tikslas yra pakviesti moteris išsitiirti, siekiant kuo anksčiau diagnozuoti pakitimus krūtyse ir pradėti juos gydyti, kad sumažėtų mirtingumas nuo krūties vėžio.

Krūties vėžys – dažniausia moterų onkologinė liga. Lietuvoje vykdoma Programa, pagal kurią 45–74 metų (imtinai) amžiaus moterys tikrinamos kas 2 metus. Jos tikslas – nustatyti įtartinus pokyčius krūtyse, juos aptikus – išsitiirti išsamiau ir, jeigu diagnozuojamas krūties vėžys, jį sėkmingai išgydyti. Jei vėžys aptinkamas ankstyvos stadijos, kai dar neapčiuopiamas ir nesukelia jokių simptomų, apie 90 procentų moterų po gydymo visiškai pasveiksta. Atlikus mamografinį tyrimą 1000-iui moterų, išsamesniems tyrimams pakviečiama iki 60 moterų, iš kurių apie 5–6 nustatomas krūties vėžys.

Programoje dalyvaujančioms moterims atliekamas mamografinis tyrimas, kuriam nereikalingas specialus pasiruošimas, tyrimas neskausmingas, atliekamas per 10 minučių.

Šiuo sutikimu patvirtinate, kad:

- esate žodžiu ir raštu informuota apie mamografinio tyrimo ypatumus ir sutinkate dalyvauti Programoje ir atlikti mamografinį tyrimą;
- Jums užteko laiko suprasti pateiktą informaciją, paklausti šeimos gydytojo, Koordinavimo centro rūpinimų klausimų ir gauti atsakymus;
- esate informuota ir sutinkate, kad Koordinavimo centras saugos ir tvarkys Jūsų asmens duomenis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir Programos vykdymo tikslais;
- sutinkate, kad Koordinavimo centras:
 - informuos Jus apie Jūsų tyrimo rezultatus paštu, e. sveikatos sistemoje, taip pat ir kitais būdais (el. paštu, telefonu);
 - 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 ☐

Asmuo

Vardas Pavardė _____ Parašas _____

Formos užpildymo data ir laikas _____

Įstaigos darbuotojas, užpildęs sutikimo formą

Vardas Pavardė _____ Parašas _____
Formos užpildymo data ir laikas _____