

БИОПСИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

ФИО.....возраст.....

Диагноз клинический:.....

Кольпоскопическое заключение.....

Цитологическое заключение.....

ВПЧ.....

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписано.
Противопоказаний для медицинского вмешательства нет.

В асептических условиях, с применением местной анестезии
препаратом.....после кольпоскопического определения
поражения под продолжающимся кольпоскопическим контролем произведена:

биопсия шейки матки

петлевым электродом, аппарат «.....» в режиме: РЕЗАНИЕ

Мощность.....Вт

Гемостаз в режиме (выбрать): МОНО-КОАГУЛЯЦИЯ, МЯГКАЯ, ФОРС, СПРЕЙ, АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ

Мощность.....Вт

Материал (количество участков ткани) отправлен на гистологическое исследование.

Рекомендовано:

1. На 7-14 дней исключить: половые контакты, физические нагрузки и спорт, бани, сауны, горячие ванны, купание в открытых водоёмах
2. Гигиена: туалет промежности 2 раза в день, душ, использовать прокладки (отказ от тампонов и менструальных чаш)
3. Медикаментозное лечение.....
4. Консультация по результатам гистологического исследования через.....дней
5. При появлении болей внизу живота, обильных кровянистых выделений, повышения температуры, появлении побочных эффектов на принимаемые лекарственные препараты срочно обратитесь к врачу и/или сообщите: в регистратуру по тел.:
6. Контрольный осмотр

Дата.....20.... г.

Врач.....