

ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОНИЗАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

ФИО.....возраст.....

Диагноз клинический:.....

Кольпоскопическое заключение.....

Цитологическое заключение.....

Гистологическое заключение.....

ВПЧ.....

ВИЧ, гепатиты, сифилис.....

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

В асептических условиях, с применением местной инфильтрационной анестезии препаратом.....после кольпоскопической верификации границы поражения под продолжающимся кольпоскопическим контролем произведена:

электроконизация шейки матки

электродом-конизатором, аппарат «.....» в режиме (выбрать): РЕЗАНИЕ, СМЕСЬ

Мощность.....Вт

Поражение удалено в пределах здоровых тканей экзоцервикса с захватом цервикального канала на глубину.....мм: единым блоком/фрагментарно

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

Мощность.....Вт

Материал (количество участков ткани) отправлен на гистологическое исследование
Контроль остатка цервикального канала (цитобраш/выскабливание ц/к): да/нет

Рекомендовано:

1. На 4-6 недель 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. После возобновления половой жизни барьерная контрацепция до 3х месяцев.
4. Медикаментозное лечение.....
5. Вакцинация от ВПЧ для снижения риска рецидива дисплазии и защиты от других онкогенных типов вируса
6. Консультация по результатам гистологического исследования через.....дней
7. 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.:
8. Контрольный осмотр

Дата.....20.... г.

Врач.....