

INFORMACJA DLA PACJENTKI PRZED WYKONANIEM ZABIEGU DEFLORACJI

1. Na czym polega zabieg defloracji?

Błona dziewicza może wykazywać pewną zmienność osobniczą co do grubości, kształtu oraz powierzchni jaką zajmuje w świetle ujścia zewnętrznego pochwy.

Błona dziewicza pogrubiła lub zarośnięta może powodować brak możliwości współżycia, ból przy próbie inicjacji seksualnej oraz brak możliwości wykonania profilaktycznych badań ginekologicznych. W wymienionych sytuacjach można wykonać deflorację czyli mechaniczne otwarcie wejścia do pochwy.

2. Przygotowanie do zabiegu

Zabieg wykonuje się w znieczuleniu miejscowym, po podaniu leków rozluźniających i uspakajających drogą domięśniową. Do pochwy wprowadza się kolejno specjalistyczne wzierniki i wykonuje zabieg defloracji.

3. Ewentualne powikłania i postępowanie w przypadku ich wystąpienia.

Możliwe powikłania przeprowadzenia zabiegu defloracji obejmują:

- pobołowanie w miejscu wykonanego zabiegu
- krwawienie, utrzymujące się do 3 dni
- infekcja pochwy

4. Przygotowanie do zabiegu

Zabieg wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych. Pacjentka zazwyczaj wraca do normalnych, codziennych czynności. W niektórych przypadkach, np. z uwagi na szczególne warunki pracy lub inne okoliczności, orzeka się o niezdolności do pracy.

Bezpośrednio po zabiegu należy stosować tampony dopochwowe, można współżyć.

Na zabieg należy przyjechać z osobą towarzyszącą, po zabiegu nie należy prowadzić samochodu.

Wizyta kontrolna zalecana jest dwa miesiące po zabiegu po zabiegu.

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU DEFLORACJI

Z pacjentką przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłam celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

Po rozmowie z lekarzem, podczas której mogłam zadawać pytania i otrzymałam wyczerpujące odpowiedzi, po zapoznaniu się z rodzajem zabiegu, licząc się z możliwością wystąpienia powikłań oraz śródoperacyjną zmianą postępowania dyktowaną wskazaniami medycznymi, wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu defloracji.

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

.....
Data i podpis pacjenta