

Spoštovani,

citološki oz. histološki izvid brisa celic vašega materničnega vratu nakazuje, da je pri vas smiselno opraviti še dodatno preiskavo, imenovano »triažni test HPV«.

S testom HPV je mogoče ugotoviti morebitno okužbo s posebnimi vrstami virusov, imenovanimi »hudo ogrožajoči humani papilomski virusi« (okrajšano »onkogeni HPV«). Ti virusi so ključni dejavnik pri nastanku predrakavih in rakavih sprememb materničnega vratu. Pozitiven izvid testa HPV še ne pomeni, da boste zagotovo zboleli za rakom materničnega vratu, saj pri večini žensk okužba sama po sebi izzveni v letu ali dveh brez vsakršnih posledic. Če pa imate v celicah materničnega vratu ugotovljene začetne patološke spremembe, bo izvid vašega testa HPV ginekologu v precejšnji pomoč pri načrtovanju nadaljnjih ukrepov, ki naj bi pri vas in drugih bolnicah s podobnim izvidom preprečili nastanek raka materničnega vratu. Od leta 2010 je zato triažni test HPV (v strokovno strogo določenih okoliščinah) pravica iz zdravstvenega zavarovanja kot nadgradnja programa ZORA.

V okviru Državnega programa zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu (državni program ZORA) se v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Ur.l. RS, št. 65/2000) v Registru ZORA na Onkološkem inštitutu Ljubljana zbirajo podatki vseh citoloških in histoloških preiskav materničnega vratu. Na osnovi teh podatkov je mogoče spremljati učinkovitost in kakovost presejalnega programa ZORA. Ko je bil leta 2000 zakon sprejet, testa HPV pri nas še nismo uporabljali, zato v zakonih ni omenjen. Ker pa je podatek, katera ženska je opravila triažni test HPV in kakšen je bil izvid za oceno in učinkovitost programa ZORA izjemno pomemben, vas posebej prosimo, da s podpisom izjave na spodnjem delu tega obrazca dovolite, da se podatki o vašem testu vpišejo v register. S svojim dovoljenjem boste omogočili zbiranje teh dragocenih dodatnih podatkov in s tem prispevali k nadaljnjemu izboljšanju kakovosti programa ZORA, kar končno pomeni manj raka na materničnem vratu v Sloveniji.

Zagotavljamo vam, da bomo vse vaše medicinske podatke obravnavali kot strogo varovane osebne podatke.

PRIVOLITEV PO POJASNILU za obdelavo rezultatov triaznega testa HPV v Registru ZORA

Zora

Državni program zgodnjega odkrivanja
predrakavih sprememb
materničnega vratu

Podpisana _____, rojena _____,

na podlagi tretjega in četrtega odstavka 44. člena Zakona o pacientovih pravicah (Ur. l. RS, št. 15/08)

p r i v o l i m ,

da se rezultati mojih triaznih testov HPV zapisujejo v Registru organiziranega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu (Register ZORA/IVZ 26) z namenom, da se ti podatki uporabijo za spremljanje učinkovitosti državnega programa ZORA ter za zagotavljanje strokovnosti in kakovosti dela izvajalcev državnega programa ZORA.

Datum: _____

Ginekološka ambulanta: _____

Prejeli pacientke: _____

Podpis in žig ginekologa: _____

Obrazec bo s 1. januarjem 2019 ukinjen na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Ur. l. Republike Slovenije (RS), št. 65/2000 in 31/2018)