



טופס הסכמה להיסטרוסקופיה – HYSTEROSCOPY

מדבקה

היסטרוסקופיה היא פעולה המאפשרת הסתכלות ישירה לחלל הרחם לצורך אבחון מחלות וביצוע פעולות כירורגיות בחלל הרחם, היסטרוסקופיה אבחנתית ניתן לבצע ללא הרדמה, או בסיוע אחד מסוגי ההרדמות הקיימות, כולל אפשות של שילוב ביניהן, היסטרוסקופיה ניתוחית מבוצעת בהרדמה אזורית או כללית. לצורך ביצוע היסטרוסקופיה יש צורך בהרחבת חלל הרחם באמצעות גז CO2 או נוזל. לאחר הפעולה נדרשת מנוחה של מספר שעות באשפוז ולאחריה מנוחה בבית. ביקורת במרפאה תעשה על ידי הנחיות הרופא.

שם המטופלת: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע היסטרוסקופיה אבחנתית/ניתוחית* (להלן: "הבדיקה העיקרית")

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הפעולה העיקרית לרבות כאב בטן, כאבים בסרעפת ובכתפיים, אי נוחות ודימום קל החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום ו/או ניקוב הרחם שיצריך ניתוח מתקן, במקרים נדירים זיהום הרחם או ניקובו יצריכו כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר תתכן פגיעה באיברי בטן אחרים, סיבוך שיצריך ניתוח מתקן.

הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של החדרת נוזלים לחלל הרחם לרבות ספיגת יתר של נוזלים למערכת הדם ובמקרים נדירים בצקת ריאות ו/או "הרעלת מים" כמו כן, הוסבר לי סיבוכים האפשריים של החדרת הגז לחלל הרחם לרבות: תסחיף אויר לריאות, ללב או למוח ובמקרים נדירים ביותר מוות

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלדעת רופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הפעולה העיקרית

הסכמתי ניתנת בזאת גם להרדמה מקומית ולמתן חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובות אלרגיות בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות למתן תרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, להיות בעלות השפעות לוואי על מערכת הנשימה והלב בעיקר אצל חולי לב ומערכת הנשימה.

אם יוחלט לבצע את הפעולה העיקרית בהרדמה אזורית או כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שפעולה העיקרית וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי פרופי/ד"ר: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה/לאפוסטרופוס של האשה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.