



טופס הסכמה: היסטרוסקופיה אבחנתית

היסטרוסקופיה אבחנתית היא פעולה המאפשרת הסתכלות ישירה לחלל הרחם לצורך אבחון בעיות ופתולוגיות אנטומיות בחלל הרחם.

לצורך ביצוע היסטרוסקופיה יש צורך בהרחבת חלל הרחם באמצעות נוזל פיזיולוגי. היסטרוסקופיה אבחנתית מתבצעת בדרך כלל ללא הרדמה. ההחלטה להשתמש באחד מסוגי ההרדמות או שילוב ביניהן, נתונה לשיקול דעתו של הרופא המבצע. הבדיקה יכולה להתבצע במרפאה בקהילה או בבית חולים.

שם החולה

ש. ת.	שם האב	שם פרטי	שם משפחה
אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר בעל פה מד"ר			
		שם פרטי	שם משפחה

על הצורך בביצוע היסטרוסקופיה אבחנתית (להלן: "הפעולה העיקרית").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הפעולה העיקרית, לרבות: כאב בטן, אינוחות ודימום קל החולפים בדרך כלל תוך שעות אחדות.

הוסברה לי האפשרות של סיכונים וסיבוכים נדירים, לרבות: זיהום, דימום וניקוב הרחם שיצריך, לעיתים נדירות ביותר, ניתוח מתקן. במקרים נדירים עוד יותר, זיהום הרחם או ניקובו, יצריכו כריתת הרחם. כמו כן, במקרים נדירים ביותר, תתכן פגיעה באיברי בטן אחרים, סיבוך שיצריך ניתוח מתקן.

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 בוודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכימה לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופאים המטפלים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הפעולה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להרדמה מקומית ולמתן חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים 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, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדמים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)	

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

שם הרופא/ה	חתימה	מס' רישיון
------------	-------	------------



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



הסתדרות הרפואית בישראל

استمارة موافقة: تنظير تشخيصي للرحم

التنظير التشخيصي للرحم هو إجراء يمكن الطبيب من النظر مباشرة إلى داخل جوف الرحم لتشخيص أي مشاكل أو أمراض تشريحية داخل جوف الرحم. إجراء تنظير الرحم، هنالك حاجة لتوسيع جوف الرحم بواسطة سائل فيسيولوجي. عادةً يُجرى التنظير التشخيصي للرحم دون تخدير. ويعود قرار استخدام أحد أنواع التخدير أو دمج أنواع معينة إلى الطبيب المنفذ للتنظير. بالإمكان إجراء الفحص في العيادة في مركز الصحة أو في المستشفى.

اسم المريضة:

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	رقم بطاقة الهوية
أصرح وأؤكد على أنني تلقيت شرحًا شفهيًا ومفصلاً من الدكتور			
اسم العائلة	الاسم الشخصي		

للخضوع للتنظير التشخيصي للرحم (فميا يلي: "الإجراء الأساسي").
أصرح وأؤكد بأنني تلقيت شرحًا حول التأثيرات المرافقة للإجراء الرئيسي، بما في ذلك: ألم البطن، انزعاج ونزيف خفيف عادة يختفي خلال ساعات معدودة.

تلقيت شرحًا عن إمكانية حدوث مخاطر ومضاعفات نادرة، منها: التلوث، النزف وتقب في الرحم الذي يستلزم، في حالات نادرة جدًا، إجراء عملية لتصحيحه. وفي حالات نادرة أكثر، قد تستلزم بعض حالات تلوث الرحم أو تقبفه إلى ضرورة استئصاله. وكذلك في حالات نادرة جدًا، قد تتضرر أعضاء باطنية أخرى، الأمر الذي يستلزم إجراء عملية مُصححة.

أعطي موافقتي بهذا على تنفيذ الإجراء الأساسي.

كما أصرح وأؤكد بهذا بأنني تلقيت شرحًا وأنني أفهم أن هناك احتمال، خلال تنفيذ الإجراء الأساسي، بأن تكون هناك حاجة لتوسيع نطاق الإجراء، امكانية تغييره أو لاتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية بهدف إنقاذ الحياة أو لمنع حدوث ضرر جسدي، خاصة الإجراءات الجراحية الإضافية التي ليس بالإمكان توقعها على نحو مؤكد أو بشكل كامل، لكن جرى توضيح أهمية ذلك لي. وفق ذلك أوافق أيضا على هذا التوسيع، تغيير أو توسيع إجراءات جراحية أخرى أو إضافية، بما في ذلك الإجراءات الجراحية التي حسب رأي طبيب المؤسسة الطبية ستكون ضرورية أو مطلوبة أثناء سير الإجراء الرئيسي.

يشمل هذا أيضًا موافقتي على الخضوع لتخدير موضعي أو تلقي مادة مسكنة بعد أن تلقيت شرحًا عن المخاطر والمضاعفات المحتملة للتخدير الموضعي، بما في ذلك: رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمادة التخدير وردود فعل ممكنة لتناول الأدوية المسكنة والتي قد تؤدي، في حالات نادرة، إلى ظهور تأثيرات مرافقة على نظام التنفس والقلب خاصة لدى مرضى القلب ومرضى الجهاز التنفسي. إذا تحدد إجراء العملية الأساسية بالتخدير الموضعي أو الكلي، سألتقي شرحًا عن التخدير من قبل مختص تخدير.

أعرف وأوافق بأن الإجراء الأساسي وكافة الإجراءات الأخرى ستُنَفَّذُ بأيدي المختصين الذين تُسند إليهم مهامها، وفق الأنظمة والتعليمات في المؤسسة الطبية وأنه لا يُضمن لي أن تُنفَّذ، جميعها أو بعضها، بيد شخص معين، على أن تُنفَّذ جميعها في إطار المسؤولية المقبولة في المؤسسة الطبية وبما يتوافق مع القانون.

التاريخ	الساعة	توقيع المريضة
اسم الوصي (صلة القرابة)	توقيع الوصي (في حال فاقد أهلية، قاصر أو مريض نفسي)	

أصرح بأنني شرحت شفهيًا للمريضة / الوصي للمريضة* كل ما تقدم أعلاه بالتفصيل المطلوب وبأنه/ وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنعتُ بأنه/ فهم/ت شرحي على نحو تام.

اسم الطبيب/ة	توقيع الطبيب/ة	رقم الرخصة
--------------	----------------	------------

* احذف/ي اللزم