



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



Я также даю согласие на местную анестезию и получение седативных средств, будучи проинформированной о связанных с ними факторах риска и о возможных осложнениях. В частности, я получила разъяснения о возможных аллергических реакциях разной степени тяжести на анестетические препараты, а также о возможной плохой переносимости седативных препаратов: последние в редких случаях могут оказать неблагоприятное действие на органы дыхания и на сердце, главным образом у пациентов с заболеваниями упомянутых органов. В случае принятия решения о проведении Основной диагностической процедуры под региональной анестезией или под общим наркозом, мне будет дано отдельное разъяснение анестезиологом.

Я знаю и выражаю согласие на то, что операция и все прочие процедуры будут выполнены тем специалистом, которому они будут поручены, в соответствии с регламентом и правилами больницы; мне не предоставляются гарантии того, что все упомянутые процедуры или некоторые из них будут выполнены тем или иным определенным специалистом. Единственное, что мне гарантируется - это то, что операция и все прочие процедуры будут осуществлены с ответственностью, принятой в больнице и предусмотренной действующим законодательством.

Дата	Время подписания	Подпись пациентки
Имя, фамилия опекуна (родство)		Подпись опекуна (в случае недееспособности, несовершеннолетия пациентки или наличия у нее психического заболевания)

Я подтверждаю, что объяснил/а в устной форме пациентке/опекуну пациентки* все вышесказанное с требуемой степенью детализации, и он/а подписал/а настоящее согласие в моем присутствии; я удостоверился/ась, что пациентка/опекун понял/а мои объяснения в полной мере.

Имя, фамилия врача	Подпись врача	№ лицензии врача
--------------------	---------------	------------------

*Ненужное вычеркнуть