

## 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



## Consent Form: Diagnostic Hysteroscopy

Diagnostic hysteroscopy is a procedure which enables direct view of the uterine cavity in order to diagnose problems and anatomic pathologies of the uterine cavity.

To perform a hysteroscopy the uterine cavity must be expanded using a physiologic fluid. A diagnostic hysteroscopy is usually carried out without anesthesia. The decision to use one of the types of anesthesia or a combination of the two is at the discretion of the performing doctor.

The examination may be carried out in the community clinic or at a hospital.

Patient's name: \_\_\_\_\_  
Last name                      First name                      Father's name                      I.D.

I hereby declare and confirm having received a detailed oral explanation from Dr. \_\_\_\_\_  
Last name      First name  
 regarding the need carry out a diagnostic hysteroscopy (hereinafter: the "Main Procedure").

I hereby declare and confirm that the side effects of the Main Procedure have been explained to me, including: abdominal pains, slight discomfort, and hemorrhaging which normally subside within a few hours.

The possible rare complications and risks have been explained to me, including: infection, hemorrhaging, and a piercing of the uterus which may necessitate, in very rare cases, a remedial operation. In even rarer cases, an infection or piercing of the uterus may necessitate a hysterectomy. In addition, in extremely rare cases there may be injury to other abdominal organs, a complication which may necessitate remedial surgery.

I hereby give my consent to carry out the Main Procedure.

In addition, I hereby declare and confirm that it has been explained to me and I understand that it is possible that during the Main Procedure it may turn out that it must be expanded, changed or that other lifesaving or damage preventing procedures should be taken, including surgical procedures, which cannot be certainly or fully anticipated, but their meanings have been clearly explained to me. Therefore, I hereby agree to said expansion, change, or performance of other or additional procedures, including surgical actions, which the institution's doctors find necessary during the Main Procedure.

My consent is also granted for the performance of local anesthesia and provision of sedatives, having been explained the risks and complications of local anesthetics, including: different degrees of allergic reactions to the anesthetics and possible reactions to the sedatives provided, which may, in rare cases, have side effects which affect the respiratory system and the heart especially with heart and respiratory system patients. If it is decided that the Main Procedure is to be performed under general anesthetics I will be provided with an explanations regarding the anesthetics by an anesthesiologist.

I am aware of and consent to having the Main Procedure and all other procedures conducted by whomever may be charged with doing so, in accordance with the procedures and instructions of the institute and I was not promised that they would all or part thereof be conducted by a certain person, so long as they are done with the customary warranty established in the hospital or ambulant medical institution and as stipulated by current legislation.

Date	Time	Patient's signature
Guardian's name (relation)	Guardian's signature (in cases of an incompetent, minor, or mentally ill person)	

I hereby confirm that I have orally explained to the patient / the patient's guardian\* all of the above with the necessary specifications and that she/he have signed this consent before me having been convinced that she/he understood my explanations in full.

Doctor's name	License number	Doctor's signature
---------------	----------------	--------------------