

טופס הסכמה לצילום רחם HYSTEROGRAPHY

צילום רחם נעשה לצורך אבחון פגמים ברחם ובחצוצרות במקרים בהם ליקוי פוריות דהיינו, אי יכולת להרות או לשמור על ההיריון.

לצורך ביצוע הבדיקה נעשה שימוש במכשיר התופס ומקבע את צוואר הרחם. דרך צוואר הרחם מוחדרת צינורית שדרכה מזריקים חומר ניגוד רדיוגרפי המכיל יוד. לאחר מכן נעשה שיקוף רנטגן ומספר צילומי רנטגן.

הבדיקה מתבצעת לאחר סיום הוסת (במחצית הראשונה של תקופת המחזור) וללא הרדמה.

אם הוסת האחרונה הייתה שונה מהרגיל יש ליידע את הרופא על מנת לשלול קיום הריון.

אם ידועה רגישות ליוד יש ליידע את הרופא ואת טכנאי הרנטגן.

פרטי המטופלת:

שם המשפחה _____ שם פרטי _____ ת"ז _____ שם האב _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על צילום רחם, מטרתו ואופן ביצועו (להלן: "הבדיקה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שבעת ביצוע הבדיקה העיקרית צפוי בדרך כלל כאב באגן ובבטן (עקב התכווצות הרחם) שנמשך בדרך כלל זמן קצר לאחר ביצוע הפעולה, וכן יתכן שיפיע דמם נרתיקי בכמות לא משמעותית. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, התלקחות מחדשת של דלקות אגן כרוניות, תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הניגוד, ובמקרים נדירים ניקוב הרחם.

כמו כן, במידה ותמצא חסימה באחד החצוצרות או בשתיהן, אני נותנת את הסכמתי לביצוע ניסיון פתיחת החצוצרות (צנתור).

כמו כן, הוסבר לי ואני מבין/ה כי במקרים של זיהום קשה או ניקוב הרחם במהלך הבדיקה יתכן ויתעורר הצורך לנקוט בפעולות תיקון לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לרבות הצורך, לעיתים רחוקות, לכרות את הרחם.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים יעשו 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 המטופלת _____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס של המטופל* 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 _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רישיון _____

* מחקי את המיותר
העתיקים: 1. תיק מטופלת 2. מטופלת