

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 המטופלת: _____

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

אני מצהירה/ומאשרת/בזאת כי קיבלתי הסבר בעל פה מד"ר _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____

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

אני מצהירה/ומאשרת/בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הפעולה העיקרית, לרבות: כאב בטן, אי נוחות 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, ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהפעולה 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 האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, חולה נפש) _____

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס של המטופלת * 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 _____

* מחק/את המיותר