



## טופס הסכמה: היסטרוסקופיה אבחנתית

היסטרוסקופיה 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:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם פרטי ושם משפחה			

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הפעולה העיקרית לרבות: כאב בטן, אי נוחות ודימום קל החולפים בדרך כלל תוך שעות אחדות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום ו/או ניקוב הרחם שיצריך, לעיתים נדירות ביותר, ניתוח מתקן. במקרים נדירים עוד יותר, זיהום הרחם או ניקובו יצריכו כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר תתכן פגיעה באיברי בטן אחרים, שתצריך ניתוח מתקן. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של החדרת נוזלים לחלל הרחם, לרבות ספיגת יתר של נוזלים למערכת הדם ובמקרים נדירים בצקת ריאות ו/או "הרעלת מים".

אני נותן/תת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה 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 מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופאים המטפלים יהיו חיוניים או דרושות במהלך הפעולה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להרדמה מקומית ולמתן חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית 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 על ביצוע הפעולה העיקרית בהרדמה אזורית או כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר\*

שם הרופא/ה המנתח/ת

X		
תאריך	שעה	חתימה
שם האפוטרופוס	קרבת האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס ( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש )

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס 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 וחותמת הרופא/ה                      מס' רישיון

\*מחקי/י את המיותר.