



## טופו הסכמה: היסטרוסקופיה Hysteroscopy

### Гистероскопия

Гистероскопия – это манипуляция, которая дает возможность прямого осмотра полости матки с целью диагностики заболеваний и выполнения хирургических воздействий в этой полости. Диагностическая гистероскопия либо не требует обезболивания, либо производится с применением одного из существующих методов обезболивания, либо их комбинации. Хирургическая гистероскопия производится под региональной анестезией или под общим наркозом. Для выполнения гистероскопии необходимо расширить полость матки путем введения в нее углекислого газа CO<sub>2</sub> или жидкости.

После манипуляции требуется покой в течение нескольких часов в больничных условиях, а после этого – домашний покой. Дальнейшее амбулаторное наблюдение проводится согласно рекомендациям врача.

**Данные пациентки:**

фамилия	имя	имя отца	паспорт	т.л.
---------	-----	----------	---------	------

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

фамилия שם משפחה	имя שם פרטי	:ה/ר
---------------------	----------------	------

о необходимости выполнения диагностической/ хирургической\* гистероскопии.  
(далее: «основное воздействие»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что информирована о побочных явлениях основного воздействия, к которым относятся боли в животе, боли в области диафрагмы и в плечах, дискомфорт и легкое кровотечение, которые обычно проходят в течение нескольких дней.

Кроме того, я осведомлена о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, кровотечение и/или прободение матки, которое потребует корригирующей операции. В редких случаях инфекция или прободение матки могут потребовать ее удаления, а в редчайших случаях возможно повреждение других органов живота, и это осложнение также потребует операции.

Я осведомлена о возможных осложнениях, связанных с введением жидкостей в полость матки, включая всасывание большого количества жидкости в систему кровообращения, а в редких случаях – отек легких и/или «отравление водой».

Кроме того, мне известно о возможных осложнениях в результате введения газа в полость матки, включая: воздушную эмболию легких, сердца, или мозга, а в чрезвычайно редких случаях – летальный исход.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного воздействия.

Я подтверждаю, что знаю и понимаю, что в процессе основного воздействия может возникнуть необходимость расширить его объем, изменить его характер или прибегнуть к другим/дополнительным действиям для спасения жизни или предупреждения осложнений, включая хирургические вмешательства, характер и объем которых невозможно полностью предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Таким образом, я согласна на расширение основного воздействия, изменение его характера или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течение основного воздействия.



Герцлия  
Медикал  
Центр

Настоящим я даю свое согласие также на проведение местной анестезии и прием успокаивающих препаратов после того как я получила объяснение о возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергические реакции разной степени выраженности на применяемые для местной анестезии препараты. Мне также известно о возможных редких реакциях на успокаивающие препараты, которые выражаются в нарушениях со стороны дыхательной системы и сердца, наблюдающихся, главным образом, у больных, страдающих заболеваниями этих органов.

Если для обезболивания основного воздействия будет избран общий наркоз или региональная анестезия, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное воздействие все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

подпись пациентки חתימת החולים	время שעה	дата תאריך
имя опекуна (родство) שם האפוטרופוס (קרבה)	подпись опекуна (в случае недееспособной, малолетней, душевнобольной) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больной\*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מספר רישיון номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача

\* Лишнее стереть