

הסכמה לניתוח: היסטרוסקופיה אבחנתית

استمارة موافقة: تنظير تشخيصي للرحم

التنظير التشخيصي للرحم هو إجراء يمكن الطبيب من النظر مباشرة إلى داخل جوف الرحم لتشخيص أي مشاكل أو أمراض تشريحية داخل جوف الرحم. هناك حاجة لتوسيع جوف الرحم بواسطة سائل فيزيولوجي. عادةً يجري التنظير التشخيصي للرحم دون تخدير. ويعود قرار استخدام أحد أنواع التخدير أو دمج أنواع معينة إلى الطبيب المنفذ للتنظير. بالإمكان إجراء الفحص في العيادة في مركز الصحة أو في المستشفى.

اسم المريضة:

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب
-------------	--------------	----------

أصرح وأؤكد على أنني تلقيت شرحًا شفهيًا ومفصلًا من الدكتور _____
اسم العائلة
للخضوع للتنظير التشخيصي للرحم (فميا يلي: "الإجراء الأساسي").

أصرح وأؤكد بأنني تلقيت شرحًا حول التأثيرات المرافقة للإجراء الرئيسي، بما في ذلك: ألم البطن، انزعاج ونزيف خفيف عادة يخف خلال ساعات معدودة.
تلقيت شرحًا عن إمكانية حدوث مخاطر ومضاعفات نادرة، منها: التلوث، النزف و ثقوب في الرحم الذي يستلزم، في حالات نادرة جدًا، إجراء عملية لتصحيحه. وفي حالات نادرة أكثر، قد تستلزم بعض الحالات تلوث الرحم أو ثقبه إلى ضرورة استئصاله. وكذلك في حالات نادرة جدًا، قد تتضرر أعضاء بطنية أخرى، الأمر الذي يستلزم إجراء عملية مصححة.

أعطي موافقتي بهذا على تنفيذ الإجراء الأساسي.
كما أصرح وأؤكد بهذا بأنني تلقيت شرحًا وأني أفهم أن هناك احتمال، خلال تنفيذ الإجراء الأساسي، بأن تكون هناك حاجة لتوسيع نطاق الإجراء، امكانية تغييره أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية بهدف إنقاذ الحياة أو لمنع حدوث ضرر جسدي، خاصةً الإجراءات الجراحية الإضافية التي ليس بالإمكان توقعها على نحو مؤكد أو بشكل كامل، لكن جرى توضيح أهمية ذلك لي. وفق ذلك أوافق أيضا على هذا التوسيع، تغيير أو توسيع إجراءات جراحية أخرى أو إضافية، بما في ذلك الإجراءات الجراحية التي حسب رأي طبيب المؤسسة الطبية ستكون ضرورية أو مطلوبة أثناء سير الإجراء الرئيسي.

يشمل هذا أيضًا موافقتي على الخضوع لتخدير موضعي أو تلقي مادة مسكنة بعد أن تلقيت شرحًا عن المخاطر والمضاعفات المحتملة للتخدير الموضعي، بما في ذلك: رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمادة التخدير وردود فعل ممكنة لتناول الأدوية المسكنة والتي قد تؤدي، في حالات نادرة، إلى ظهور تأثيرات مرافقة على نظام التنفس والقلب خاصة لدى مرضى القلب ومرضى الجهاز التنفسي. إذا تحدد إجراء العملية الأساسية بالتخدير الموضعي أو الكلي، سألتقى شرحًا عن التخدير من قبل مختص تخدير.

أعرف وأوافق بأن الإجراء الأساسي وكافة الإجراءات الأخرى ستُنفذ بأيدي المختصين الذين تُتسند إليهم مهامها، وفق الأنظمة والتعليمات في المؤسسة الطبية وأنه لا يُضمن لي أن تُنفذ، جميعها أو بعضها، بيد شخص معين، على أن تُنفذ جميعها في إطار المسؤولية المقبولة في المؤسسة الطبية وبما يتوافق مع القانون.

التاريخ	الساعة	توقيع المريضة
---------	--------	---------------

اسم الوصي (صلة القرابة) _____
توقيع الوصي (في حال فاقد أهلية، قاصر أو مريض نفسي)

أصرح بأنني شرحت شفهيًا للمريضة / الوصي للمريضة* كل ما تقدم أعلاه بالتفصيل المطلوب وبأنه/ وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنعتُ بأنه/ فهم/ت شرحي على نحو تام.

اسم الطبيب/ة	توقيع الطبيب/ة	رقم الرخصة
--------------	----------------	------------

* احذف/ي اللزم

