

טופס הסכמה: היסטרוסקופיה

Hysteroscopy  
הסכמה מראש: היסטרוסקופיה

היסטרוסקופיה היא عملية ניתוח النظر في فضاء الرحم مباشرة لغرض تشخيص الأمراض وتنفيذ عمليات جراحية في فضاء الرحم. يمكن القيام بالهيسטروسكوبيا التشخيصية من دون تخدير، أو بالاستعانة بإحدى طرائق التخدير المتوافرة، بما في ذلك إمكانية الدمج بينها. تُجرى الهيسטروسكوبيا الجراحية تحت تأثير التخدير الناحي أو العام. لغرض إجراء الهيسטروسكوبيا هناك حاجة إلى توسيع فضاء الرحم بواسطة غاز CO2 أو سائل.

هناك حاجة - بعد العلاج - إلى الراحة سريعاً بضع ساعات ، ثم الراحة في المنزل. تتم الرقابة في العيادة حسب توجيهات الطبيب.  
اسم المريضة/ שם החולה:

اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشخصي/ שם פרטי	اسم الأب/ שם האב	رقم الهوية/ ת.ז.
أصريح وأقر بهذا بأنني تثقيت شرحاً تفويهاً مفصلاً من الدكتور	اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشخصي/ שם פרטי	

عن الحاجة إلى القيام بالهيسטروسكوبيا التشخيصية/ الجراحية\* (في ما يلي: "العملية الأساسية").  
أصريح وأقر بهذا بأنه تُرشد لي العوارض الجانبية للعملية الأساسية، بما فيها آلام البطن، آلام الحجاب الحاجز (عضلة تفصل بين البطن والصدر) والكتفين، عدم الراحة والتهيج الطفيف، وهي عوارض زائلة خلال بضعة أيام.  
كما تُرشد لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بما فيها: التلوث، النزيف و/أو حدوث تنقب في الرحم، يستدعي عملية تصحيحية. يستدعي تلوث الرحم أو تنقبه في- الحالات النادرة- استئصاله، وفي الحالات الأكثر ندرة، من المحتمل الإضرار بأعضاء بطنية أخرى، ويستدعي هذا التقيد بعملية تصحيحية.  
تُرشد لي المخاطر المحتملة من إدخال السوائل في فضاء الرحم، بما فيها امتصاص زائد للسوائل في الأجهزة الدموية، الاحتباس الرئوي، و/أو "التشمم المائي"، في الحالات النادرة.  
كما تُرشد لي المضاعفات المحتملة من جراح إدخال الغاز في فضاء الرحم بما فيها: الانسداد الهوائي في الرئتين، القلب، أو الدماغ، والموت، في الحالات النادرة.

أُمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.  
كما أُعلن وأقر بهذا بأنه وُضِح لي وإنتي مُدركة/ مدرك أنّ هناك احتمالاً لأن يتضح خلال العملية الأساسية أنه توجد حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إتمام حياة أو منع ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية إضافية، من غير الممكن توقعها، الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أنّ معناها وضح لي. بناءً عليه، أنا أوافق على ذلك التوسيع، أيضاً، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون- كما يحتد أطباء المؤسسة- حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.  
كما أُمنح موافقتي بهذا على إجراء تخدير موضعي وإعطاء المواد المسكنة، وذلك بعد أن وُضحت لي مضاعفات التخدير الموضعي المحتملة، بما فيها ردة الفعل التحسسية (الحساسية) للمادة المخدرة، بدرجات متفاوتة، وإمكانية حصول ردود فعل من جرّاء إعطاء الأدوية المسكنة، والتي قد تؤدي، في الحالات النادرة، إلى تغيّرات جانبية في القلب والجهاز التنفسي، وخصوصاً لدى مرضى القلب والجهاز التنفسي.  
إذا تقرر إجراء العملية الأساسية تحت تأثير التخدير الناحي أو العام فسألتقى توضيحاً عن التخدير من قبل اختصاصي التخدير.  
أنا على علم، كما أنني موافقة/ موافق على أن تُنفذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيلقى عليه/ ها القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنني لم أتلّق ضماناً أنه ستجرى كلها أو سجرى قسم منها بيد إنسان معين، شريطة أن تُجرى بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة بما يقضيه القانون.

التاريخ/ التاريخ	الساعة/ שעה	توقيع المريضة/ החימת החולה
اسم الوصي (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريضة، نفسانياً)/ החימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטינה, או חולה נפש).	

أقر بهذا بأنني وُضحت تفويهاً للمريضة/ للوصي على المريضة\* الوارد أعلاه كَله بالتفصيل المطلوب، وبأنها/ ه وُضحت/ وقَّع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتبعت بشأنها/ ه فهمت/ فهم توضيحاتي كاملة.

اسم الطبيب/ שם הרופא/ה	توقيع الطبيب/ חותמת הרופא/ה	رقم الرخصة/ מס' רישיון
* يُرجى تطبع الزائد/ מחק/את המיותר		