

טופס הסכמה: היסטרוסקופיה HYSTEROSCOPY

היסטרוסקופיה היא פעולה המאפשרת הסתכלות ישירה לחלל הרחם לצורך אבחון מחלות וביצוע פעולות כירורגיות בחלל הרחם. היסטרוסקופיה אבחנתית ניתן לבצע ללא הרדמה, או בסיוע אחד מסוגי ההרדמות הקיימות, כולל אפשרות של שילוב ביניהן. היסטרוסקופיה ניתוחית מבוצעת בהרדמה אזורית או כללית. לצורך ביצוע היסטרוסקופיה יש צורך בהרחבת חלל הרחם באמצעות גז CO2 או נוזל. לאחר הפעולה נדרשת מנוחה של מספר שעות באשפוז ולאחריה מנוחה בבית. ביקורת במרפאה תעשה לפי הנחיות הרופא.

שם החולה:

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר בעל פה מד"ר _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הפעולה העיקרית לרבות כאב בטן, כאבים בסרעפת ובכתיפיים, אי נוחות ודימום קל החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום ו/או ניקוב הרחם שיצריך ניתוח מתקן. במקרים נדירים זיהום הרחם או ניקובו יצריכו כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר תתכן פגיעה באיברי בטן אחרים, סיבוך שיצריך 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".

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של החדרת הגז לחלל הרחם לרבות: תסחיף אויר לריאות, ללב או למוח ובמקרים נדירים ביותר מוות. אני נותן/ת 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 בודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים 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/מסכים/ה לכך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 החולה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס 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 _____ מס' רשיון _____

*מחקר/י את המיותר

