

**טופס הסכמה: תסחוף (אמבוליזציה) של שרירני רחם (מיומות)
UTERINE FIBROID EMBOLIZATION**

אמבוליזציה של שרירני רחם מתבצעת במטרה להקטיןם. הפעולה מתבצעת באמצעות החדרת צנתר/ים דרך עורק/ים פריפריים עד לאזור הרחם בהנחיית רנטגן והזרקת חומר ניגוד (יוד) המדגים את כלי הדם של הרחם והשריר/ים. הטיפול מתבצע על ידי הזרקת חומר מטרש לצנתרים הממוקמים באזור השריר/ים וגורם להקטנת/ם. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית או אזורית.

שם המטופל:

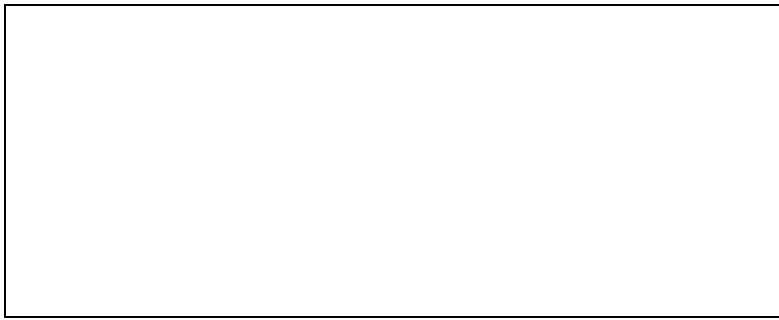
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____			
שם משפחה	שם פרטי		

על טיפול להקטנת שרירני רחם באמצעות תסחוף (אמבוליזציה) (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהירה בזאת כי הובהרו לי החלופות הטיפוליות לטיפול בשריר/ים לרבות טיפולים הורמונליים ו/או כריתת השריר/ים או הרחם בגישות שונות. הובהר לי שמטרת גישה טיפולית זו, בין היתר, היא לשמר את הרחם, אולם קיימת אפשרות של כישלון וצורך בבחירת חלופה טיפולית אחרת. קיימת אפשרות כי לאחר החדרת הצנתר לא ניתן יהיה להשלים את הפעולה בגישה זו, ו/או יתכן שעל אף שהפעולה תושלם, לא תושג התוצאה הרצויה ויהיה צורך לנקוט בגישה טיפולית אחרת. כ- 15% מהפעולות דווחו כבלתי משביעות רצון. הובהר לי שמדובר בטיפול חדשני המבוצע בהצלחה בעולם מספר שנים. אולם כמו בכל טכניקה חדשנית, ניתן יהיה להעריך את תוצאותיה לטווח ארוך כחלוף שנים נוספות. הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאבי בטן, ו/או כאבים באזורים אחרים, חום ולעיתים אף בחילה והקאה. כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: סיבוכים הקשורים בעצם החדרת הצנתר, תגובה אלרגית לחומר המוזרק, דימום פנימי או חיצוני, היווצרות תסחיף (קריש דם), זיהום באגן, התנקבות הרחם ושינויים בתפקוד המיני. עקב פגיעה באספקת הדם עלולים להיגרם שינויים בפעילות השחלה/ות, בתפקוד הכליות, ובתפקודי קרישה. כמו כן הובהר לי שסיכויי להרות בעתיד עלולים להיות קטנים יותר על אף שימור הרחם בגישה זו.

הובהר לי שבבדיקה נעשה שימוש בחומר ניגוד המכיל יוד ואני מצהירה בזאת כי לא ידוע לי על רגישות ליוד ועל תגובה אלרגית אחרת בעבר.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר כי יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, ולפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הניתוח יהיה* _____

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפניי, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------