

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	שם משפחה							
ת.ז.	אני	מזהיר/ה	ומאשר/ת	בזאת	כי	קיבלתי	הסבר	בעל	פה	מד"ר

שם פרטי

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

אני מזהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הפעולה העיקרית לרבות כאב בטן, כאבים בסרעפת ובכתפיים, 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 החזרת 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 החזרת 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 מזהיר/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 יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ע ומסכים/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 מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה

שעה

תאריך



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה



חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או

שם האפוטרופוס (קירבה)

חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא/ה

*מחק/י את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

