



טופס הסכמתה  
לצילום רחם

## Бланк согласия на гистерографию HYSTEROGRAPHY

Гистерография выполняется с целью диагностики дефектов матки и маточных труб в случаях бесплодия, то есть, невозможности забеременеть или сохранить беременность.

Для того, чтобы выполнить данную проверку, используется аппарат, который фиксирует шейку матки. В шейку матки внедряют катетер, через который вводится контрастное вещество, содержащее йод. После этого выполняется рентгеновская съемка.

Данная проверка выполняется по окончании менструации (в первой половине цикла) без анестезии.

**Если последняя менструация была не такой, как обычно, перед проверкой следует сообщить об этом врачу, чтобы исключить наличие беременности.**

**Если известно о чувствительности к йоду, следует поставить об этом в известность врача и рентгенотехника.**

**Во время назначения проверки мне было разъяснено, что до исследования я должна воздерживаться от половых отношений, чтобы исключить возможность проведения проверки при беременности, что может повлечь аборт или ущерб плоду вследствие использования контрастного вещества и воздействия радиации.**

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных вариантах лечения в данном случае, а также о побочных эффектах, шансах и осложнениях, связанных с этими вариантами лечения.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, что во время проведения основной проверки, как правило, ощущение боли в тазу и животе (вследствие сокращений матки), которая обычно длится короткое время после манипуляции, а также возможно незначительное вагинальное кровотечение.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе: инфекция, рецидив хронических воспалений органов таза, аллергическая реакция различной степени выраженности на контрастное вещество, а в редких случаях - перфорация матки.

Кроме того, мне было объяснено, и я понимаю, что в случаях тяжелой инфекции или перфорации матки в ходе проверки может возникнуть необходимость принять коррекционные меры для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, в том числе хирургические действия, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен, включая, в очень редких случаях, необходимость в удалении матки.

Я даю свое согласие на проведение основной проверки.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная проверка и все другие процедуры будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом; и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком.

Подпись женщины / חתימת האישה: \_\_\_\_\_

0427.5



Имя женщины: \_\_\_\_\_

(שם האישה)

Фамилия /  
שם משפחה /

Имя /  
שם פרטי /

Отчество /  
שם אב /

Номер уд. личности /  
ת.ז.

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а  
подробное устное объяснение от доктора (д"р) \_\_\_\_\_  
о гистерографии, целях и методах ее выполнения (далее: "основная проверка").

Дата /  
תאריך /

Время /  
שעה /

Подпись женщины /  
חתימת האישה /

Имя опекуна (степень родства) /  
שם האפוטרופו (קרבה)

Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или  
חותימת האפוטרופו (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש) /  
душевнобольного)

\*לאפוטרופו של האישה) / (לאישה) / опекуну женщины  
Я подтверждаю, что устно объяснил/а женщине (לאישה) / опекуну женщины  
приведенную выше информацию с требуемым уровнем подробности, и что она/он поставил/а  
свою подпись на бланке согласия в моем присутствии после того, как я убедился/лась, что он/а  
полностью понял/а мои объяснения.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לאישה / לאפוטרופו של האישה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה  
בפני לאחר ששוכנעת/י הבוי/ה את הסבר במלואם.

Имя врача /  
שם הרופא/ה

Подпись /  
חתימה /

Номер лицензии /  
מספר רישיון /

\*Ненужное зачеркнуть (\*מחק/י את המיותר)