



טופס הסכמיה
להיסטרוסקופיה

Гистероскопия HYSTEROSCOPY

Гистероскопия – это манипуляция, которая дает возможность прямого осмотра полости матки с целью диагностики заболеваний и выполнения хирургических воздействий в этой полости. Диагностическая гистероскопия либо не требует обезболивания, либо производится с применением одного из существующих методов обезболивания, либо их комбинации. Хирургическая гистероскопия производится под региональной анестезией или под общим наркозом. Для выполнения гистероскопии необходимо расширить полость матки путем введения в нее углекислого газа СО₂ или жидкости.

После манипуляции требуется покой в течение нескольких часов в больничных условиях, а после этого – домашний покой. Дальнейшее амбулаторное наблюдение проводится согласно рекомендациям врача.

Имя пациента (שם המטופל/ת):

שם משפחה / שם פרטי / שם אב

שם פרטי / שם משפחה

Отчество / שם אב

Номер уд. личности / ת.ל.

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

שם המשפחה / שם פרטי

שם פרטי / שם המשפחה

о необходимости выполнения диагностической/ хирургической* гистероскопии.
(далее: «основное воздействие»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что информирована о побочных явлениях основного воздействия, к которым относятся боли в животе, боли в области диафрагмы и в плечах, дискомфорт и легкое кровотечение, которые обычно проходят в течение нескольких дней. Кроме того, я осведомлена о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, кровотечение и/или прободение матки, которое потребует корригирующей операции. В редких случаях инфекция или прободение матки могут потребовать ее удаления, а в редчайших случаях возможно повреждение других органов живота, и это осложнение также потребует операции.

Я осведомлена о возможных осложнениях, связанных с введением жидкостей в полость матки, включая всасывание большого количества жидкости в систему кровообращения, а в редких случаях – отек легких и/или «отравление водой».

Кроме того, мне известно о возможных осложнениях в результате введения газа в полость матки, включая: воздушную эмболию легких, сердца, или мозга, а в чрезвычайно редких случаях – летальный исход.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного воздействия.

Я подтверждаю, что знаю и понимаю, что в процессе основного воздействия может возникнуть необходимость расширить его объем, изменить его характер или прибегнуть к другим/дополнительным действиям для спасения жизни или предупреждения осложнений, включая хирургические вмешательства, характер и объем которых невозможно полностью предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Таким образом, я согласна на расширение основного воздействия, изменение его характера или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течение основного воздействия.

Настоящим я даю свое согласие также на проведение местной анестезии и прием



успокаивающих препаратов после того как я получила объяснение о возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергические реакции разной степени выраженности на применяемые для местной анестезии препараты. Мне также известно о возможных редких реакциях на успокаивающие препараты, которые выражаются в нарушениях со стороны дыхательной системы и сердца, наблюдающихся, главным образом, у больных, страдающих заболеваниями этих органов.

Если для обезболивания основного воздействия будет избран общий наркоз или региональная анестезия, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.
Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное воздействие все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

Дата / תאריך	Время / שעה	Подпись пациента / חתימת המטופל/ת
Имя опекуна (степень родства) / שם האפוטרופו (קרבה)	Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или חתימת האפוטרופו (במקרה של פסול דין, קטין או חוליה נפש)	
<p>Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (של המטופל/ת)* приведенную выше информацию с требуемым уровнем подробности, и что он/а поставил/а свою подпись на бланке согласия в моем присутствии после того, как я убедился/лась, что он/а полностью понял/а мои объяснения.</p> <p>אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופו של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירות הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעת/י הבין/ה את הסבריו במלואם.</p>		

Имя врача / שם הרופא/ה	Подпись / חתימה	Номер лицензии / מס' רישיון

*Ненужное зачеркнуть (*מחק/י את המיותר)