



טופס הסכמה להיסטורוסקופיה

HYSTEROSCOPY

מבדק

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

八

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופלת:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבلتني החבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר [שם המפתחה]

על הצורך ביצוע היסטרוסקופיה HYSTEROSCOPY אבחנתית/ניטוחית * (להלן: "הבדיקה העיקרית")

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלועאי 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, שיציריך ניתוח מתוקן. במקרים נדירים, זיהום הרחם או ניקובו, יצירכו כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר תיתכן פגיעה באיברי בטן אחרים, סיבוך שיציריך ניתוח מתוקן.

הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של החדרת נזולים לחלל הרחם, לרבות ספיקת יתר של נזולים למערכת הדם ובמקרים נדרים בצקת ריאות ו/או "הרעלת מים" כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של החדרת הגז לחלל הרחם, לרבות: تسחיף אויר לראיות, לב או למוח ובמקרים נדרים ביוטר מותות

אני נותרת בזאת את הסכמי, לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבינה, שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקטו בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלה חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם בעת בודדות או במלאם, אך משמעותם הובירה לי, לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספת, שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הפעולה העיקרית.

הסכנות ניתנת בזאת, גם להרדמה מקומית ולמתן חומיי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובות אלרגיות בדרגות שונות לחומיי ההרדמה ותגובה אפשרית למtan תרופות הרגעה שעולות, לעיתים נדירות, להיות בעלות השפעות לוואי על מערכת הנשימה והלב בעיקר אצל חולי לב ומערכת הנשימה.

אם יוחלט לבצע את הפעולה העיקרית בהרדמה איזוריית או כללית, ניתן לי הסבר על הרדמה על ידי המRADים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי פרופ' ד"ר:

ידעו לי, ומוסכם, כי לא תחול עליהם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תשכויות או כל דבריUrץ. אני מסכים לכך שמידע שמדובר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודוני מכך אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמופיע לך (לרבות מידע רפואי, ניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. במידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו-1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והונגע ממנו, לרבות, מבלי פגוע בנסיבות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכייב יהולו דעתן מדינת ישראל.

בחתימתה מטה אני נתן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים או חינויים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קירה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברתי במלואם.

מס' רישוי:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם