

טופס הסכמה להיסטרוסלפינגוסונוגרפיה (דימות הרחם והחצוצרות באמצעות אולטרה סאונד)

HYSTEROSAL RINGOSONOGRAPHY

מדבקה

דימות הרחם והחצוצרות נעשה לצורך בדיקת תקינות חלל הרחם ועבירות החצוצרות. הבדיקה מבוצעת במסגרת בירור אי פריון, או לצורך בירור ממצאים בחצוצרות או בחלל הרחם כגון נישה בצלקת ניתוחית, פוליפים, שרירנים, הידבקויות וכו'. בתחילת הבדיקה מוכנסת צינורית לצוואר הרחם בשלב הראשון מזריקים דרך הצינורית מים פיזיולוגיים (סליין), תוך כדי הדגמה של חלל הרחם באמצעות אולטרה סאונד. בשלב השני מזריקים דרך הצינורית מים פיזיולוגיים מעורבבים בבויעיות אוויר, או קצף שנוצר מערבוב גיל (המכיל הידרוקסיאתיל צלולוז וגליצרול) עם מים מזוקקים, המכיל אף הוא בויעיות אוויר. בויעיות האוויר משמשות כחומר ניגוד, וניתן לעקוב באמצעות אולטרה סאונד אחרי התנועה שלהן לאורך החצוצרות, ואחרי הפיזור שלהן באגן. בהתאם לצורך הקליני ניתן לבצע את שני השלבים ברצף או להסתפק בביצוע שלב אחד. הבדיקה מתבצעת לאחר סיום הווסת (במחצית הראשונה של המחזור) וללא הרדמה.

אין לקיים יחסי מין לא מוגנים מהווסת ועד הבדיקה. אם הווסת האחרונה הייתה שונה מהרגיל יש לידע את הרופא לפני הבדיקה על מנת לשלול קיום הריון.

השלב הראשון של הבדיקה מהווה חלופה להיסטרוסקופיה, והשלב השני מהווה חלופה לצילום רחם. במקרים חריגים של קושי טכני בביצוע הבדיקה ניתן לשקול ביצוע היסטרוסקופיה או צילום רחם בהתאם לצורך הקליני.

אם ידועה רגישות יש לידע את הרופא.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **ללא הרדמה.**

שם המטופלת: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח לביצוע דימות הרחם והחצוצרות באמצעות אולטרה סאונד Hysterosal Ringosonography (להלן: "הבדיקה העיקרית").

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי החלופות הטיפוליות הקיימות לבדיקה - צילום רחם או היסטרוסקופיה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי שבעת ביצוע הבדיקה העיקרית, צפויה אי נוחות ויתכנו כאבים באגן ובבטן. כאבים אלה נמשכים בדרך כלל זמן קצר לאחר ביצוע הפעולה, ועלולים להמשך כיממה עד שתיים אחריה. כמו כן יתכן שיופיע דם נרתיקי בכמות קטנה.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, התלקחות של דלקות אגן כרוניות, תגובה אלרגית בדרגות שונות לקצף או לצינורית, ובמקרים נדירים ביותר ניקוב הרחם.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות, במקרים של זיהום קשה או ניקוב הרחם במהלך הבדיקה, לנקוט בפעולות תיקון או בפעולות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני לרבות הצורך, לעיתים נדירות, לכוות את הרחם. לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושות במהלך הבדיקה העיקרית.

אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

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.

שם הרופא: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם