

## מודג מואקה על קסורה קנאטי فالوب

קסורה קנאטי فالوب تُجرى لتشخيص وعلاج عدم الخصوبة الناجم عن انسداد قناة فالوب في الجزء القريب من الرحم. تُجرى العملية دون استشفاء بواسطة إدخال قسطرات ناعمة ودقيقة عبر عنق الرحم. إلى داخل الرحم وقنאטי فالوب. تحت تصوير أشعة رنتغن. بواسطة القسطرة يمكن تشخيص مشكلة ميكانيكية تتمثل بانسداد في تجويف الرحم أو في قنאטי فالوب. وفي نفس الوقت معالجة الانسداد، أي فتحه، وذلك لإتاحة الحمل الطبيعي. شُرح لي وفهمت أنه بالرغم من إجراء العملية فقد يبقى انسداد جزئي أو كامل في قنאטי فالوب. مما يستلزم علاجات خصوبة أخرى. أصرح وأصدق بهذا على أنني تلقيت شرحًا عن طرق العلاج البديلة الممكنة بضمنها الاحتمالات والمخاطر المترتبة على كل واحد من هذه الإجراءات. كما شُرح لي المضاعفات المحتملة من العلاج وبضمنها: تلوّث، نزيف وفي حالات نادرة ثقب جدار قناة فالوب، الأمر الذي يسبب تدخلًا جراحيًا من أجل إصلاح الوضع أو استئصال قناة فالوب في حالات نادرة جدا. أصرح بأنه أوضح لي أن علي الامتناع عن الجماع من الحيض الأخير وحتى إجراء الفحص. أوضح لي أنه يجب تبليغ الطبيب إذا علمت بوجود حساسية للبيود أو بمشكلة كلوية قبل إجراء العملية. أمنت بهذا موافقتي على إجراء قسطرة لقنאتي فالوب. كما أصرح وأصدق بهذا أنني تلقيت شرحًا وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية أو حالًا بعدها، قد تستدعي الحاجة إلى توسيع عملية الجراحية الأساسية، تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ الحياة أو منع إلحاق الضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقًا الآن بالتأكد أو بكاملها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا أوافق أيضًا على تلك التوسعة. التغيير أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما فيها إجراءات جراحية تكون حسب رأي أطباء المستشفى حيوية أو ضرورية أثناء العلاج أو حالًا بعده. أعطي موافقتي بهذا أيضًا لإجراء تخدير موضعي حول عنق الرحم عند الحاجة بناء على اعتبارات الأطباء المعالجين بعد أن شُرح لي عن المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمنها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير. أعلم وأوافق على أن قسطرة قنאتي فالوب وجميع الإجراءات الأخرى تتم بأيدي من يكلف بالقيام بذلك. بموجب أنظمة وتعليمات المستشفى، وعلى أنه لم يُضمن لي بأن تتم. كلها أو جزء منها. بأيدي شخص معين وشريطة أن تتم بالمسؤولية المتبعة في المستشفى بموجب القانون. أنا الموقعة أدناه أدرك بأنه من المحتمل في موعد تسريحي، ألا يكون الطبيب الذي سيجري لي العملية الجراحية، موجودًا في المستشفى. في هذه الحالة، أوافق بأن ينوب عنه طبيب آخر للقيام بعملية تسريحي.

اسم المرأة:

(שם האישה): اسم العائلة / שם משפחה الاسم الشخص / שם פרטי اسم الأب / שם האב رقم بطاقة الهوية الشخصية / ת.ז.

أصرح وأصدق بهذا على أنني تلقيت شرحًا مفصلاً شفهيًا من الدكتور (מד"ר):

اسم العائلة / שם משפחה الاسم الشخص / שם פרטי

حول الحاجة لإجراء قسطرة قنאטי فالوب.

توقيع المرأة / חתימת האישה

الساعة / שעה

التاريخ / תאריך

أصدق بهذا أنني شرحت شفهيًا وخطيًا للمرأة كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب وأنها وقعت على الموافقة أمامي بعد اقتناعي بأنها فهمت شرحي بكامله.

رقم الرخصة / מספר רישיון

التوقيع / חתימה

اسم الطبيب / שם הרופא/ה