medica

טופס הסכמה
להתקנת התקן תוך רחמי

نموذج موافقة على تركيب لولب رحمي

INSERTION OF IUD

اللولب الرحمي هو قطعة يتم إدخالها بهدف منع الحمل. من ناحية إحصائية، معروف بأن اللولب يمنع الحمل بـ 98%-95% من الحالات. للحصول على نجاعة قصوى، يجب تبديل اللولب كل 5-3 سنوات حسب نوع اللولب. يجري إدخال اللولب دون تخدير ومنوط بعدم ارتياح. قبل إدخال اللولب عليك إعطاء الطبيب تفاصيل تتعلق بصحتك، ولاسيما إذا عانيت أو تعانين من أمراض قد تشكّل إشارات ضد استخدام اللولب، مثل: نزيف مهبلي غير منتظم، نزيف كثير أثناء الحيض، التهاب في الحوض، حمل خارج الرحم أو عيب في الرحم. كما يجب تبليغ الطبيب عن تاريخ آخر حيض.

إلى جانب نجاعة اللولب تُعرف أيضا الأعراض الجانبية والمضاعفات التالية:

- نزيف شديد وآلام أثناء الحيض أو نزيف خفيف بدرجات متفاوتة حتى التوقف التام للنزيف أثناء الدورة، وفقا لنوع اللولب.
- تردد زائد للتلوّثات في الأعضاء التناسلية قد تسبب مشاكل خصوبة في المستقبل.
- قذف اللولب دون الشعور / المعرفة بأن اللولب قد قُذف.
- الحمل مع وجود اللولب، الذي قد ينتهي بإجهاض على خلفية تلوّث.
- عدم إمكانية سحب اللولب بواسطة الخيط المتدلي منه، ما يُلزم استخدام وسائل إضافية لدرجة الحاجة إلى سحبه تحت التخدير.
- دخول اللولب إلى جدار الرحم أو إلى تجويف البطن. في هذه الحالات قد تنشأ حاجة إلى تدخل جراحي. هذه المضاعفة نادرة.
- الحمل خارج الرحم.

في حالة ظهور إحدى العلامات التالية عليك مراجعة الطبيب:

- نزيف شاذ بشدّته أو بتوقيته.
- آلام بأسفل البطن.
- إفراز لدن شاذ.
- تأخر الحيض.

أصرح بهذا أنه حسب معلوماتي لست / المرأة ليست حاملا.

عليك الحرص على زيارة دورية بناء على توصية الطبيب.

اسم المرأة: _____

(שם האישה): اسم العائلة שם משפחה _____ الاسم الشخصيُّ שם פרטי _____ اسم الأب שם האב _____ رَقْم الهُوِيَّة ת.ז. _____

أصرح وأصادق بهذا على أني تلقيت شرحًا مفصلًا شفهيًا من الدكتور (מד"ר) _____

اسم العائلة / שם משפחה _____ الاسم الشخصيُّ / שם פרטי _____

حول اللولب الرحمي، نجاعته، السلوك المتوقع مني والمضاعفات المحتملة من إدخاله وتواجده في الرحم. كذلك، تلقيت شرحا حول وسائل منع بديلة، حسناتها وسيئاتها، أعراضها الجانبية ومضاعفاتها المحتملة. قرأت الشرح المذكور أعلاه وأطلب وأوافق على تركيب لولب رحمي.

أتّفق أن يكون اللولب الذي يتم إدخاله من نوع (מסוג) _____

التَّاريخ תאריך _____ السَّاعة שעה _____ توقيع المرأة חתימת האישה _____

اسم الوصيِّ القرابة) / שם האפוטרופוס (קרבה) _____ توقيع الوصيِّ في حالة فَقْد الأهليَّة، قاصر، أو مُعالَج/ة، نفسانيًّا) / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهيًا للمتعالجة لאישה) / للوصيّ على المتعالجة לאפוטרופוס של האישה)* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب وأنه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد اقتناعي بأنه/ا فهم/ت شرحي بكامله אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה / לאפוטרופוס של האישה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם)

اسم الطَّبيب/ة / שם הרופא/ה _____ التوقيع / חתימה _____ رَقْم الرُّخصة / מספר רישיון _____

* اشطب/ي الزائد / מחק/י את המיותר

כ. 0306