

## טופס הסכמה לצילום רחם

### HYSTEROGRAPHY

#### מדבקה

צילום רחם נעשה לצורך איבחון פגמים ברחם ובחצוצרות במקרים בהם קיים ליקוי פוריות, דהיינו, אי יכולת להרות או לשמור על ההריון. לצורך ביצוע הבדיקה נעשה שימוש במכשיר התופס ומקבע את צוואר הרחם. דרך צוואר הרחם מוחדרת צינורית, שדרכה מזריקים חומר ניגוד רדיוגרפי המכיל יוד. לאחר מכן, נעשה שיקוף רנטגן ומספר צילומי רנטגן. הבדיקה מתבצעת לאחר סיום הוסת (במחצית הראשונה של תקופת המחזור).

אם הוסת האחרונה היתה שונה מהרגיל, יש לידע את הרופא לפני הבדיקה על מנת לשלול קיום הריון.

#### אם ידועה רגישות ליוד יש לידע את הרופא ואת טכנאי הרנטגן

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופלת:

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

שם פרטי

שם המשפחה

על צילום רחם HYSTEROGRAPHY, מטרתו ואופן ביצועו (להלן: "הבדיקה העיקרית")

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי, שבעת ביצוע הבדיקה העיקרית, צפוי בדרך כלל כאב באגן ובבטן (עקב התכווצות הרחם), שנמשך בדרך כלל זמן קצר לאחר ביצוע הפעולה, וכן יתכן שיופיע דם נרתיקי בכמות לא משמעותית.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, התלקחות מחודשת של דלקות אגן כרוניות, תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הניגוד, ובמקרים נדירים ניקוב הרחם.

כמו כן, הוסבר לי ואני מבינה, כי במקרים של זיהום קשה או ניקוב הרחם במהלך הבדיקה יתכן ויתעורר הצורך לנקוט בפעולות תיקון לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לרבות הצורך, לעיתים רחוקות, לכרות את הרחם.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

אני יודעת ומסכימה לכך, שהבדיקה העיקרית וכל התהליכים האחרים יעשו על ידי פרופ' ד"ר:

בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת על המוסד בכפוף לחוק.

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