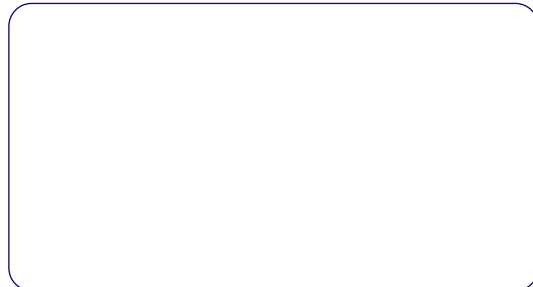


Бланк согласия на катетеризацию маточных труб



Катетеризация труб выполняется для диагностики и лечения бесплодия, вызванного непроходимостью маточных труб в проксимальных (ближайших к матке) отделах.

Данная процедура не требует госпитализации. Через шейку матки в матку и маточные трубы под контролем рентгена и с выполнением снимков вводятся тонкие катетеры.

С помощью катетеризации можно диагностировать механическую проблему, выражающуюся в непроходимости маточных труб, а также восстановить проходимость труб, что позволит достичь естественного наступления беременности.

Мне было разъяснено, и я поняла, что, несмотря на проведенную процедуру, в трубах может остаться частичная или полная закупорка, и потребуются применение других методов лечения бесплодия.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных методах лечения, включая все перспективы и риски, связанные с каждым из этих процессов.

Кроме того, мне были даны разъяснения о возможных осложнениях данного метода, в том числе: инфекция, кровотечение, а в очень редких случаях перфорация стенки маточной трубы, что может потребовать хирургического вмешательства для коррекции ситуации, а в самых редких случаях - удаления маточной трубы.

Я заявляю, что мне было объяснено, что я должна воздержаться от сексуальных отношений на период начиная с последней менструации и до проведения исследования.

Мне было объяснено, что если мне известно о том, что я чувствительна к йоду или страдаю заболеванием почек, я должна сообщить об этом врачу перед проведением исследования.

Я даю свое согласие на проведение катетеризации маточных труб.

Кроме того, я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения процедуры или сразу же после нее выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги для спасения жизни и предотвращения телесного ущерба, включая дополнительные хирургические действия, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или выполнение других или дополнительных шагов, включая хирургические действия, которые, по мнению врачей, работающих в больнице, потребуются или будут необходимы во время проведения процедуры или сразу же после нее.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии в области шейки матки при необходимости и в соответствии с решением лечащих врачей - после того, как мне были разъяснены возможные риски и осложнения местной анестезии, в том числе аллергическая реакция разной степени выраженности на препарат анестезии.

Мне известно, и я даю свое согласие на то, что катетеризация маточных труб и все другие процедуры будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения; и что мне не обещано, что они будут выполнены

полностью или частично определенным человеком, при условии, что они будут проведены с принятой ответственностью в лечебном учреждении в рамках закона.

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, осведомлен / а о том, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

Имя женщины : (שם האישה):

Фамилия / שם משפחה

Имя / פרטי

Имя отца / שם האב

Номер уд. личности / ת.ז.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было предоставлено подробное устное объяснение доктором (מד"ר):

Фамилия / שם משפחה

Имя / פרטי

о необходимости проведения катетеризации маточных труб.

Дата / תאריך

Время / שעה

Подпись женщины / חתימת האישה

Я подтверждаю, что устно и письменно объяснил/а женщине _____ приведенную выше информацию с требуемым уровнем подробности, и что она подписала бланк согласия в моем присутствии после того, как я убедился/лась, что она полностью поняла мои объяснения.

Имя врача / שם הרופא/ה

Подпись врача / חתימה

Номер лицензии / מספר רישיון