

## המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

### טופס הסכמה: היסטרוסקופיה HYSTEROSCOPY

היסטרוסקופיה היא פעולה המאפשרת הסתכלות ישירה לחלל הרחם לצורך איבחון מצבים חולניים וביצוע פעולות כירורגיות בחלל הרחם. היסטרוסקופיה אבחנתית ניתן לבצע ללא הרדמה, או בסיוע אחד מסוגי ההרדמות הקיימות, כולל אפשרות של שילוב ביניהן. היסטרוסקופיה ניתוחית מבוצעת בהרדמה אזורית או כללית. לצורך ביצוע היסטרוסקופיה יש צורך בהרחבת חלל הרחם באמצעות גז CO<sub>2</sub> או נוזל. לאחר הפעולה נדרשת מנוחה של מספר שעות באישפוז ולאחריה מנוחה בבית. ביקורת במרפאה תעשה לפי הנחיות הרופא.

שם החולה:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על הצורך בביצוע היסטרוסקופיה אבחנתית / ניתוחית\* (להלן: "הפעולה העיקרית"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הפעולה העיקרית לרבות: כאב בטן, כאב בסרעפת ובכתפיים, אי נוחות ודימום קל החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום ו/או ניקוב הרחם שיצריך ניתוח מתקן. במקרים נדירים זיהום הרחם או ניקובו יצריכו כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר תתכן פגיעה באיברי בטן אחרים, שתצריך ניתוח מתקן. הוסברו לי הסיכוכים האפשריים של החדרת נוזל לחלל הרחם, לרבות ספיגת יתר של נוזלים למערכת הדם ובמקרים נדירים בצקת ריאות ו/או "הרעלת מים".

כמו כן, הוסברו לי הסיכוכים האפשריים של החדרת הגז לחלל הרחם, לרבות: תסחיף אויר לריאות, ללב או למוח ובמקרים נדירים ביותר מוות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הפעולה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להרדמה מקומית ולמתן חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

אם יוחלט על ביצוע הפעולה העיקרית בהרדמה אזורית או כללית, ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

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/ה \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

\* מחקי את המיותר

