המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: צילום רחם
HYSTEROGRAPHY

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 צואר הרחם. דרך צואר הרחם מוחדרת צנורית 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) וללא הרדמה.

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.

שם האשה: _____ _____ _____ _____

שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ _____

שם משפחה | שם פרטי

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת 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 דמם נרתיקי בכמות לא משמעותית.

כמו כן, הוסברו 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 מבין/ה 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 בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לרבות הצורך, לעיתים רחוקות, לכרות את הרחם.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה 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 האשה

_____ _____

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה/לאפוטרופוס של האשה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____ _____ _____

שם הרופא/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון

*מחק/י את המיותר

ט' ספטמבר 1997 /OBGYN/UTRS/8783/0087

ההסתדרות הרפואית בישראל
האגודה הישראלית למיילדות וגניקולוגיה
MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ