המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: תסחוף (אמבוליזציה) של שרירני רחם (מיומות)
UTERINE FIBROID EMBOLIZATION

אמבוליזציה של שרירני רחם מתבצעת במטרה להקטינם.
הפעולה מתבצעת באמצעות החדרת צנתר/ים דרך עורק/ים פריפרי/ם עד לאזור הרחם בהנחיית רנטגן והזרקת חומר ניגוד (יוד) המדגים את כלי הדם של הרחם והשרירן/ים. הטיפול מתבצע על ידי הזרקת חומר מטרש לצנתרים הממוקמים באזור השרירן/ים וגורם להקטנתו/ם.
הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית או אזורית.

שם האשה: _____ _____ _____ _____
שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת. ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ _____
שם משפחה | שם פרטי

על טיפול **להקטנת שרירני רחם באמצעות תסחוף (אמבוליזציה)** (להלן: "הטיפול העיקרי").
אני מצהירה בזאת כי הובהרו לי החלופות הטיפוליות לטיפול בשרירן/ים לרבות טיפולים הורמונליים ו/או כריתת השרירן/ים או הרחם בגישות שונות. הובהר לי שמטרת גישה טיפולית זו, בין היתר, היא לשמר את הרחם, אולם קיימת אפשרות של כשלון וצורך בבחירת חלופה טיפולית אחרת. קיימת אפשרות כי לאחר החדרת הצנתר לא ניתן יהיה להשלים את הפעולה בגישה זו, ו/או יתכן שעל אף שהפעולה תושלם, לא תושג התוצאה הרצויה ויהיה צורך לנקוט בגישה טיפולית אחרת. כ־15% מהפעולות דווחו כבלתי משביעות רצון.
הובהר לי שמדובר בטיפול חדשני המבוצע בהצלחה בעולם מספר שנים. אולם כמו בכל טכניקה חדשנית, ניתן יהיה להעריך את תוצאותיה לטווח ארוך כחלוף שנים נוספות.
הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאבי בטן, ו/או כאבים באזורים אחרים, חום ולעיתים אף בחילה והקאה.
כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: סיבוכים הקשורים בעצם החדרת הצנתר, תגובה אלרגית לחומר המוזרק, דימום פנימי או חיצוני, הווצרות תסחיף (קריש דם), זיהום באגן, התנקבות הרחם ושינויים בתפקוד המיני. עקב פגיעה באספקת הדם עלולים להיגרם שינויים בפעילות השחלה/ות, בתפקוד הכליות, ובתפקודי קרישה. כמו כן הובהר לי שסיכויי להרות בעתיד עלולים להיות קטנים יותר על אף שימור הרחם בגישה זו.
הובהר לי שבבדיקה נעשה שימוש בחומר ניגוד המכיל יוד ואני מצהירה בזאת כי לא ידוע לי על רגישות ליוד ועל תגובה אלרגית אחרת בעבר.
אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.
אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר כי יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, ולפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.
הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיבוכים 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 הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הניתוח יהיה* _____.

_____ _____ _____
תאריך | שעה | חתימת החולה

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

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

* מלא/י במקרה של רופא/ה פרטי/ת.

2002 נדפס/OBGYN/6800/6829/0071 ט'

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הרדיולוגים בישראל
האגודה הישראלית למיילדות וגינקולוגיה

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ