

מדבקת המטופל

רפאל
RAPHAEL
HOSPITALS | בתי חולים



טופס הסכמה: היסטרוסקופיה HYSTEROSCOPY

היסטרוסקופיה היא פעולה המאפשרת הסתכלות ישירה לחלל הרחם לצורך אבחון מחלות וביצוע פעולות כירורגיות לחלל 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 CO2 או נוזל.

לאחר הפעולה נדרשת מנוחה של מספר שעות באשפוז ולאחריה מנוחה בבית. ביקורת במרפאה תעשה לפי הנחיות הרופא.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב
ת.ז.		

אני	מזהיר/ה	ומאשר/ת	בזאת	כי	קיבלתי	הסבר	בעל	פה	מד"ר

שם פרטי

שם משפחה

על הצורך בביצוע היסטרוסקופיה **אבחנתית / ניתוחית** * (להלן: "הפעולה העיקרית").

אני מזהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הפעולה העיקרית לרבות כאב בטן, כאבים בסרעפת ובכתפיים, אי נוחות ודימום קל החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים 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, סיבוב שיצריך ניתוח מתקן.

הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של החדרת נוזלים לחלל הרחם לרבות ספיגת יתר של נוזלים למערכת הדם ובמקרים נדירים בצקת ריאות ו/או "הרעלת מים".

כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים 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.

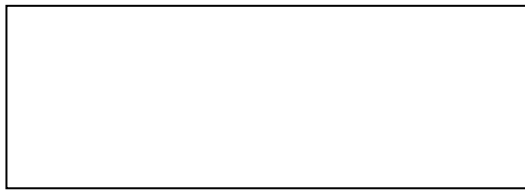
כמו כן, אני מזהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/ה 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 שהוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובות אלרגיות בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות למתן תרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, להיות בעלות השפעות לוואי על

מערכת הנשימה והלב בעיקר אצל חולי לב ומערכת הנשימה.

אם יוחלט לבצע את הפעולה העיקרית בהרדמה אזורית או כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד



מדבקת המטופל

רפאל
RAPHAEL
בתי חולים | HOSPITALS



וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסויים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת

שעה

תאריך

החולה

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין

שם האפוטרופוס (קירבה)

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.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא/ה

*מחקקי את המיותר