

טופס הסכמה: היסטרוסקופיה

מדבקה

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר בעל פה מד"ר

שם פרטי

שם משפחה

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלואי של הפעולה העיקרית לרבות: כאב בטן, כאב בסרעפת ובכתפיים, אי נוחות ודימום קל החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום 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 הסיכונים האפשריים של החדרת נוזל לחלל הרחם, לרבות ספיגת יתר של נוזלים למערכת הדם ובמקרים נדירים בצקת ריאות/ או "הרעלת מים".

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה 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 בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה 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 הסיכונים 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.

ואם יוחלט על ביצוע הפעולה העיקרית בהדרגה ואזרות, יינתן לי הסבר על ההדרגה על ידי מרדים. אני יודעת ומסכימה 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.

חתימת המטופל/ת

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפסטרופוס של המטופל * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

* מחקרי את המיותר