



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	כתובת:
טלפון:	מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה: צילום רחם HYSTEROGRAPHY

צילום רחם נעשה לצורך אבחון 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 צוואר הרחם. דרך צוואר הרחם מוחדרת צינורית 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 מצהירה/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 מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שבעת ביצוע הבדיקה העיקרית צפוי בדרך כלל כאב באגן ובכבטן (עקב התכווצות הרחם) שנמשך בדרך כלל זמן קצר לאחר ביצוע הפעולה, וכן יתכן שיפיע דמם נרתיקי בכמות לא משמעותית.

כמו כן, הוסבר 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, קטיין או תולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה/ לאפוטרופוס של האשה* 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/י את המיותר

מחלקת נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

