

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 06/19

טופס הסכמה ל

היסטרוסלפינגוסונוגרפיה
(דימות הרחם והחצוצרות באמצעות אולטרה סאונד)
HYSTEROSALPINGOSONOGRAPHY

דימות הרחם והחצוצרות נעשה לצורך בדיקת תקינות חלל הרחם ועבירות החצוצרות. הבדיקה מבוצעת במסגרת בירור אי פריון, או לצורך בירור ממצאים בחצוצרות או בחלל הרחם כגון נישה בצלקת ניתוחית, פוליפים, שרירנים, הידבקויות וכו'.

בתחילת הבדיקה מוכנסת צינורית לצוואר הרחם. בשלב הראשון מזריקים דרך הצינורית מים פיזיולוגיים (סליין), תוך כדי הדגמה של חלל הרחם באמצעות אולטרה סאונד. בשלב השני מזריקים דרך הצינורית מים פיזיולוגיים מעורבבים בבוטילין אויר, או קצף שנוצר מערבוב גיל (המכיל הידרוקסיאטיל צלוז וגליצרול) עם מים מזוקקים, המכיל אף הוא בוטילין אויר. בוטילין האויר משמש כחומר ניגוד, וניתן לעקוב באמצעות אולטרה סאונד אחרי התנועה שלהן לאורך החצוצרות, ואחרי הפיזור שלהן באגן. בהתאם לצורך הקליני ניתן לבצע את שני השלבים ברצף או להסתפק בביצוע שלב אחד.

הבדיקה מתבצעת לאחר סיום הוסת (במחצית הראשונה של המחזור) וללא הרדמה.

אין לקיים יחסי מין לא מוגנים מהווסת ועד הבדיקה.

אם הוסת האחרונה היתה שונה מהרגיל יש לידע את הרופא לפני הבדיקה על מנת לשלול קיום הריון.

השלב הראשון של הבדיקה מהווה חלופה להיסטרוסקופיה, והשלב השני מהווה חלופה לצילום רחם. במקרים חריגים של קושי טכני בביצוע הבדיקה ניתן לשקול ביצוע היסטרוסקופיה או צילום רחם בהתאם לצורך הקליני.

אם ידועה רגישות יש לידע את הרופא.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **ללא הרדמה**

שם המטופלת:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע דימות הרחם והחצוצרות באמצעות אולטרה סאונד (להלן: "הבדיקה העיקרית"), מד"ר/פרופ':

שם פרטי

שם משפחה

חתימת המטופל

שעה

תאריך



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
 מקבוצת חדרס



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לבדיקה - צילום רחם או היסטרוסקופיה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי שבעת ביצוע הבדיקה העיקרית צפויה אי נוחות ויתכנו כאבים באגן ובבטן. כאבים אלה נמשכים בדרך כלל זמן קצר לאחר ביצוע הפעולה, ועלולים להמשך כיממה עד שתיים אחריה. כמו כן יתכן שיופיע דם נרתיקי בכמות קטנה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, התלקחות של דלקות אגן כרוניות, תגובה אלרגית בדרגות שונות לקצף או לצינורית, ובמקרים נדירים ביותר ניקוב הרחם.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות, במקרים של זיהום קשה או ניקוב הרחם במהלך הבדיקה, לנקוט בפעולות תיקון או בפעולות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני לרבות הצורך, לעיתים נדירות, לכרות את הרחם. לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הבדיקה העיקרית.

אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים העיקרים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

חתימת המטופלת

שעה

תאריך

חתימת אפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם אפוסטרופוס
(קירבה למטופלת)

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפוסטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

קשריו לחולה

שם המתרגם/ת

