

שם המוסד הרפואי / לוגו

MDBKTH HMTVFL

إصدار/גרסה 06/19

טופס הסכמה 6 - אסתטמארת מושגת ל...
-

היסטרosalפיניגוסונוגרפיה

(דימות הרחם והחצוצרות באמצעות אולטרסאונד)

(تصوير הרם וקנה פאלוב باستخدام האולטרסאונד)
HYSTEROSALPINGOSONOGRAPHY

يتم تصوير الرحم وقناة فالوب للتأكد من سلامة تجويف الرحم وقنوات فالوب. يتم إجراء الفحص في إطار التحقيق في العقم أو الحاجة إلى التحقيق في النتائج في قناة فالوب أو في تجويف الرحم مثل مكان نوبة جراحية، البولبيات، الأورام الحميدة، العدوى وما إلى ذلك.

في بداية الفحص يتم إدخال أنبوب في عنق الرحم. في المرحلة الأولى يتم حقن المياه الفسيولوجية (المالحة) من خلال الأنبوب، أثناء إظهار تجويف الرحم باستخدام الموجات فوق الصوتية - الأولتراسאונד. في المرحلة الثانية يتم حقن الماء الفسيولوجي مع فقاعات الهواء مختلطة من خلال الأنبوب، أو رغوة تتكون من مزيج هلام (يحتوي على هيدروكسى إيثيل السليلوز والجلسرلين) مع الماء المقطر، والذي يحتوي أيضاً على فقاعات هواء.

(تم استخدام فقاعات الهواء كمواد مغيرة ويمكن تتبعها عن طريق الموجات فوق الصوتية الأولتراسאונד من خلال حركتها على طول قنوات فالوب وبعد نشرها في الحوض. حسب الحاجة السريرية يمكن تنفيذ المرحلتين على التوالي أو خطوة واحدة فقط).

يتم إجراء الفحص بعد انتهاء الدورة الشهرية (في النصف الأول من الدورة الشهرية) وبدون تخدير.

ممنوع ممارسة الجنس الغير آمن من فترة الحيض لغاية الفحص.

إذا كانت فترة الحيض الأخيرة مختلفة عن المعتاد، يجب احضار الطبيب قبل الفحص لاستبعاد وجود الحمل.

المرحلة الأولى من الاختبار هي بديل للتنظير الرحمي، والمرحلة الثانية هي بديل للتصوير الرحمي. في حالات استثنائية من الصعوبة الفنية القيام بإجراء الفحص يمكن النظر في فحص الرحم أو فحص الرحم وفقاً للحاجة السريرية.

إذا كانت لديك أي حساسية يجب عليك إبلاغ الطبيب.

צורת הדרמה המלווה פעולה זאת: **ללא הדרמה**
طريقה התבדיר המתאימה המרافقה כי هذه העבודה: **בדון תבדיר**

שם המטופלת: **שם המريضة**

שם האב
שם האב

.ת.ז.
بطاقة الهوية

שם פרטי
שם الشخصي

שם משפחה
שם המשפחה



שם המוסד הרפואי / לוגו

MDBKET HMTOPFL

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבلت הסביר מפורט, בעל פה, על הצורך בבייצוע דימות הרחם והחצוצרות באמצעות אולטרא סאונד (להלן: "הבדיקה העיקרית", מד"ר/פרופ' :
אנו אصرַח ואؤكد במوجب ذلك, بأنني תلقית שרָחָן מفصָלָן וشفהִיָּה حول الحاجה לإجراء צוריר بالموجות فوق الصوتית האולטרסאונד לרحم וקנה فالוב (فيما ילי "الفحص הראשי") מִן הַטְּבִيب/ברופיסור :

שם רפואי
الإسم الشخصي

שם משפחתי
اسم العائلة

חתימת המטופלת
توقيع المريضة

שעתה
الساعة

תאריך
التاريخ

כך, תلقית שרָחָן حول הבדائلعلاجיה المتاحةلفحص – تصوير الرحم أو تنظير الرحم.

אנו אصرַח ואؤكد במوجبذلك, لقد توضح لي أنه خلال الفحص הראשי, فمن المتوقع حدوث אנزعاج وعدم الشعور بالراحة وقد يكون هناك כאם في الحوض والبطن. تستمر هذه الآلام عادة بعد العملية لفترة قصيرة وقد تستمر حتى يومين بعد ذلك. قد يظهر التزيف המهبلي أيضاً بكميات صغيرة.

כמו תلقית שרָחָן حول المخاطر والمضااعفات المحتملة بما في ذلك: العدوى, حدوث التهاب الحوض המزمن, رد فعل התהססי בدرجات متقارنة في الرغوة או الأنビוב, وفي حالات نادرة جداً ثقب في الرحم.

אנו אصرַח ואؤكد במوجبذلك, بأنני תلقית שרָחָן ואני אفهمذلك>An חילוקי הנסיבות השديدة או ثقب הרחם أثناء הבדיקה,تخاذלإجراءات אصلاحية אוغيرההאלה,תנתקל بهاإنقاذ הארוואה אוمنع האדי הגוף, بما في ذلك الحاجה לبعض האבחנות אוاستئصال הרחם. ופֶתַח לְזַקֵּן, אֲנָא אָוָף אַיִלְלָה עַל תֹּוּסְבָּע אוتعديل או تنفيذ الإجراءات الأخرى או الإضافية بما في ذلك الإجراءات التي יראהה אطباء المستشفى ضرورية או מطلوبة أثناء הבדיקה הראשי.

אנו אعلم ואوفق עלأن الفحص הראשיوجميع الإجراءات الرئيسية سوف يتمإجراؤהה بواسطة أي شخصMKFL ופֶתַח לְזַקֵּן, אֲנָא אָוָף אַיִלְלָה עַל תֹּוּסְבָּע אוتعديل או تنفيذ الإجراءات الأخرى או الإضافية بما في ذلك الإجراءات التي יראהה אطباء المستشفى ضرورية או מطلوبة

אני מודמת את הסכמי לביצוע הבדיקה העיקרית.
אנו מונחים מומתקי במوجبذلك בإجراء הבדיקה הראשי.

חתימת המטופלת
توقيع المريضة

שעתה
الساعة

תאריך
التاريخ



mdbkht_hmtvpl

שם המוסד הרפואי / לוגו

**חתימת אפotorופוס
(במקרה של פסול דין, כתין או חולה נפש)
توقيع الوصي
(في حالة فقدان الأهل / قاصرة أو مريضة نفسياً)**

**שם אפotorופוס
(קירבה למטופלת)
اسم الوصي
(صلة القرابة مع المريضة)**

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה **למטופלת / לאפotorופוס / למתרגם של המטופלת** את כל האמור לעיל בפירוט הדروس וכי הוא/היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעת כי הבירה את הסבירי במלואם.

أقرّ بهذا بأنني شرحت شفهياً للمريضة / للوصي على المريضة / لمترجم المريضة المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب كل ما ذكر أعلاه وبأنها وقعت على الموافقة أمامي بعد أن اقنعت بأنها فهمت الشرح بالكامل.

**תאריך ושעה
التاريخ المساعة**

**חתימת הרופא
توقيع الطبيب**

**שם הרופא (חותמת)
اسم الطبيب (ختم)**

**קשרינו לחולה
صلته بالمريضة**

**שם המתרגם/
اسم المترجم/ة**