



## טופס הסכמה לצילום רחם

### HYSTEROGRAPHY

#### MDBKA

צילום רחם נעשה לצורך איבחון פגמים ברחם ובಚיצורות במרקם בהם קיים ליקוי פוריות, דהיינו, אי יכולת להרוח או לשמר על ההריון.

לצורך ביצוע הבדיקה נעשה שימוש במכשיר התופס ומקבע את צוואר הרחם. דרך צוואר הרחם מוחדרת צינורית, שדרך מזוקקים חומר ניגוד רדיוגרפי המכיל יוד. לאחר מכן, נעשה שיקוף רנטגן ומספר צילומי רנטגן.

הבדיקה מתבצעת לאחר סיום הוסת (במחצית הראשונה של תקופת המזהזר). אם הוסת האחרונה הייתה שונה מהרגיל, יש לידע את הרופא לפני הבדיקה על מנת לשול קיום הריוון.

#### אם ידועה רגשות ל יוד יש לידע את הרופא ואת טכני הרנטגן

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופלת:

שם פרטי

שם המשפחה

שם

הפטופטיה/ד"ר:

אני מצהירה ומאשרת בזאת, שקיבلتني הסבר מפורט בעלפה מפרופי/ד"ר: \_\_\_\_\_

על צילום רחם HYSTEROGRAPHY, מטרתו ואופן ביצועו (להלן: "הבדיקה העיקרית")

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי, שבעת ביצוע הבדיקה העיקרית, צפוי בדרך כלל כאב באגן ובטן (עקב התכווצות הרחים), שנמשך בדרך כלל זמן קצר לאחר ביצוע הפעולה, וכן יתרן שיפיע זם נרתיקי בכמות לא משמעותית.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, התלקחות מחודשת של דלקות אגן כרוניות, תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הניגוד, ובמקרים נדירים ניקוב הרחים.

כמו כן, הוסבר לי ואני מבינה, כי במקרים של זיהום הרחים במהלך הבדיקה יתכן ויתעורר הצורך לניקוט בעפولات תיקון לצורכי הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות, שלא ניתן לצפות בעת בוודאות או במקרה, אך משמעותם הובהרה לי, לרבות הצורך, לעתים רוחקות, לכנות את הרחים.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

אני יודעת ומסכימה לכך, שהבדיקה העיקרית וכל התהליכים האוחרים יושו על ידי רפואי/ד"ר:

בהתאם לנוהלים ולהוראות של המוסד, ובבלבד שייעשו באחריות המקובלת על המוסד בכפוף לחוק.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליהם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמוועבר ל-**TLV** מזיקל (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודוטני מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה). פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו.



**TLV** —  
**MEDICAL**

בהתאם לתקנון הרשות הלאומית לבריאות (להלן "התקנון") מיום 1 במרץ 1996, מידיים נקבעים על ידי הרשות הלאומית לבריאות (להלן "הרשות") בהתאם לתקנון. הרשות מוסמכת למסור כל מידע הנדרש על מנת לבצע את הפעולות המפורטים בהתקנון. הרשות מוסמכת למסור כל מידע הנדרש על מנת לבצע את הפעולות המפורטים בהתקנון.

חתימת החולה

שעה

פָּרַע

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפטורופוס של החולה את כל האמור לעיל בפיירות הדרוש וכי הוא/היא חתמה על הסכמה בפני לאחר שוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא: \_\_\_\_\_ מס' רישוי: \_\_\_\_\_ סתימה: \_\_\_\_\_

קשרינו למטרופל

שם המתרגם