TLV MEDICAL
TLV מדיקל | הברזל 15 תל אביב
טל. 077-9807500 פקס. 077-9807534
www.tlvmedical.com

טופס הסכמה כללי להיסטרוסקופיה אבחנתית/ טיפולית ללא הרדמה

DIAGNOSTIC HYSTEROSCOPY /SEE AND TREAT HYSTEROSCOPY

מדבקה מטופלת

שם ופרטי הניתוח/הפרוצדורה המוצעים (ללא קיצורים): היסטרוסקופיה אבחנתית/טיפולית ללא הרדמה
DIAGNOSTIC/OPERATIVE HYSTEROSCOPY

הפעולה מאפשרת הסתכלות ישירה לחלל הרחם לצורך אבחון מצבים חולניים וביצוע פעולות כירורגיות בחלל הרחם, והיא מבוצעת על ידי החדרת מכשיר אופטי דק ביותר שבקצהו מצלמה אל חלל הרחם דרך הנרתיק וצוואר הרחם.

בכדי להקל על הפעולה מוזלפים מים סטריליים, ייתכן והמטופלת תרגיש בנוזל. הנוזלים יאספו על ידי שקית ייעודית.

הפעולה נמשכת מספר דקות, במהלכו המטופלת צופה במסך יחד עם הרופא והאחות ומקבלת הסבר והדרכה.

בגמר הפעולה המטופלת נשארת על הכיסא מספר דקות. האחות תאסוף את השקית עם הנוזלים ותיתן לה פדים, משום שיתכן ותהיה הפרשה דמית.

מטרת ההיסטרוסקופיה האבחנתית/טיפולית ובאילו מקרים מבוצעת:

- בירור אי פריו
- בירור ממצאים חשודים אפשר נצפו בבדיקת US
- חשד למומים רחמיים או מבנה חריג של חלל הרחם רחם הדו קרני, מחיצה בחלל הרחם ועוד.
- בירור הפלות חוזרות.
- בירור דימום רחמי חריג (מיומה, פוליפ, אטרופיה, סרטן רירית הרחם, הידבקויות ועוד).

יתרונות וחסרונות אפשריים של הפרוצדורה: מדובר בפעולה קצרה עם שיעור סיבוכים נמוך, המתבצעת ללא הרדמה. הדבר מאפשר למטופלת לעבור את הפעולה ללא הכנות מיוחדות כגון צום, בדיקות דם, אק"ג וצילום חזה. כמו כן, במרבית המקרים המטופלת תשתחרר לביתה מיד בתום הפעולה ללא צורך בהשגחה או השהייה כמקובל בבדיקות המבוצעות בהרדמה. לפעולה יתרונות רבים ביחוד בנשים בעלות סיכון הרדמתי גבוה (עקב מחלות רקע או גיל) ובשנים המעוניינות להימנע מהרדמה כללית.

סיכוי הצלחה של הפרוצדורה: (כמצופה/מתחת למצופה) סיכויי ההצלחה של הפעולה תלויים בסיבת ביצוע. מקובל לומר שכ- 95% מהמטופלות עוברות את הפעולה בהצלחה בעוד בכ-5% מהמטופלות לא תושלם הפעולה לרוב עקב אי נוחות או גילוי ממצא גדול המחייב פעולה בהרדמה כללית.

תופעות לוואי של הפרוצדורה:
חלק מהנשים מרגישות כאב קל ולחץ כמו במחזור, מרביתן אינן חשות דבר. כמו כן, תיתכנה תופעות של כאב בטן, אי נוחות ודימום קל, החולפים בדרך כלל תוך שעות ספורות ולעיתים ימים אחדים.

סיכונים וסיבוכים אפשריים של הפרוצדורה:
זיהום, דימום או ניקוב הרחם שיצריך ניתוח מתקן. במקרים נדירים זיהום הרחם או ניקוב יצריכו כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר תיתכן פגיעה באיברי בטן אחרים שתצריך ניתוח מתקן.

אזהרות מיוחדות לטיפול במצבים בריאותיים מיוחדים: הפעולה לא תבוצע בנשים הסובלות מזיהום אגני חריף או במקרי דמם משמעותי (עקב ראות לקויה).

כמו כן הפעולה לא תבוצע בהריון אלה במקרים מיוחדים הדורשים דיון והסכמה טרם הפעולה (למשל הוצאת התקן תוך רחמי באשה הרה)

חלופות אפשריות לפרוצדורה: מבחינה אבחונית ניתן לבצע בדיקת אולטרסאונד עם הזלפת נוזלים לחלל הרחם (הידרוסונוגרפיה) אך יש לציין כי מדובר בפעולה אבחנתית בלבד עם אי נוחות דומה ובמידה וימצא ממצא המצריך טיפול תופנה המטופלת להיסטרוסקופיה.

בעיות אפשריות הקשורות להחלמה מהפרוצדורה (כמצופה/מתחת למצופה) למרות שלרוב לאחר פעולה ניתוחית ללא הרדמה צפוי דמם הנמשך ימים בודדים ישנים מקרים בהם הדמם יכול להימשך אפילו חודש אם כי מדובר בדמם ללא משמעות קלינית המהווה מטרד בלבד.

תוצאות אפשריות של העדר טיפול (אי ביצוע הפרוצדורה): מטרת הפעולה היא להגיע לאבחנה ולהציע טיפול. אי ביצוע הפעולה יכול לגרום לאיחור באבחנה של סרטן רירית הרחם ומצבים טרום סרטנים של רירית הרחם, הידבקויות במקרים של שאריות הריון ולאחר לידה או הפלה.

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה על הצורך בביצוע הפרוצדורה:

לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מדרכי הטיפול האפשריות המוצעות לי, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הפרוצדורה כאמור לעיל במרכז הרפואי TLV Medical (להלן- הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבינה, כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמועתם הובהרה לי, לפיכך אני מסכימה גם לאותם הרחבה/ות, שינוי/ים, או ביצוע הליכים אחרים נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופא מרכז הרפואי TLV Medical (להלן: המרכז הרפואי) יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להרדמה מקומית- באם תידרש, ולמתן חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות לגרום להפרעות נשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר לחולי לב וחולי מערכת הנשימה.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דבר ערך.
אני מסכים/מה לכך שמידע שמועבר למרכז הרפואי ע ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרכז הרפואי בקשר עם הטיפול ו/א הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקת דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרכז הרפואי במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרכז הרפואי לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ע 1966- (להלן: "חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרכז הרפואי, ויימסר על ידי המרכז הרפואי לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.
על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.
בחתימתי מטה אני נותן/ת בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תגובת המטופלת/הערות במידה ויש:

_____

_____ _____ _____

תאריך שעה חתימת המטופלת

_____ _____

שם האפוטרופוס/מיופה כח רפואי חתימה של האפוטרופוס (במקרה של קטין או חסוי)

אני מאשר כי הסברתי בע"פ למטופלת/לאפוטרופוס מיופה כח רפואי את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

_____ _____ _____ _____

שם הרופא וחתימתו מס' רישיון תאריך שעה=