

## 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 הווסת (במחצית הראשונה של תקופת המחזור) וללא הרדמה. אם הווסת האחרונה הייתה 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 האישה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי ושם משפחה

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שבעת ביצוע הבדיקה העיקרית צפוי בדרך כלל כאב באגן ובבטן (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 בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לרבות הצורך, לעתים 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	חתימה
-------	-----	-------

שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס
----------------	------------------	-------------------

( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש )

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה/לאפוסטרופוס של האישה\* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימה וחותמת הרופא/ה	מס' הרישיון
------------	----------------------	-------------

\*\* מחק'י אם מיותר