

טופס הסכמה: היסטרוסקופיה

Hysteroscopy

إستمارة موافقة: الهیستروسکوبیا

ההיסטרוסקופיה היא عملية ניתוח النظر في فضاء الرَّحْم مباشرة لغرض تشخيص الأمراض وتنفيذ عمليات جراحية في فضاء الرَّحْم. يمكن القيام بالهיסטروسكوبيا التشخيصية من دون تخدير، أو بالاس تعانة بإحدى طرائق التخدير المتوافرة، بما في ذلك إمكانية الدمج بينها . تُجرى الهיסטروسكوبيا الجراحية تحت تأثير التخدير الناحي أو العام. لغرض إجراء الهיסטروسكوبيا هناك حاجة إلى توسيع فضاء الرَّحْم بوساطة غاز CO2 أو سائل.

هناك حاجة- بعد العلاج- إلى الراحة سريريًا بضع ساعات ، ثم الراحة في المنزل. تتم الرقابة في العيادة حسب توجيهات الطبيب.

اسم المريضة/ שם החולה:

اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصي/ שם פרטי اسم الأب/ שם האב رقم الهوية/ ת.ז.

أصرح وأقرُّ بهذا بأنني تلقيت شرحًا شفيويًا مُفصّلًا من الدكتور

اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصي/ שם פרטי

عن الحاجة إلى القيام بالهיסטروسكوبيا التشخيصية/ الجراحية* (في ما يلي: "العملية الأساسية").

أصرح وأقرُّ بهذا بأنه شرحت لي العوارض الجانبية للعملية الأساسية، بما فيها آلام البطن، آلام الحجاب الحاجز (عضلة تفصل بين البطن والصدر) والكفتين، عدم الراحة والنزيف الطفيف، وهي عوارض زائلة خلال بضعة أيام.

كما شرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بما فيها: التلوث، النزيف و/أو حدوث تنقبض في الرَّحْم، يستدعي عملية تصحيحية . يستدعي تلوث الرَّحْم أو تنقبه في- الحالات النادرة- استئصاله، وفي الحالات الأكثر ندرة، من المحتمل الإضرار بأع ضاء باطنية أخرى، ويستدعي هذا التعقيد عملية تصحيحية.

شرحت لي المخاطر المحتملة من إدخال السوائل في فضاء الرَّحْم، بما فيها امتصاص زائد للسوائل في الأجهزة الدموية، الاحتباس الرئوي، و/أو "السّم المائي"، في الحالات النادرة.

كما شرحت لي المضاعفات المحتملة من إجراء إدخال الغاز في فضاء الرَّحْم بما فيها: الانسداد الهوائي في الرئتين، القلب، أو الدماغ، والموت، في الحالات النادرة.

أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

كما أعلن وأقرُّ بهذا بأنه وضّح لي وإثني مُدركة/ مدرك أنّ هناك احتمالاً لأن يوضّح خلال العملية الأساسية أنّه توجد حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية إضافية، من غير الممكن توقعها، الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أنّ معناها وضّح لي . بناءً عليه، أنا أوافق على ذلك التوسيع، أيضاً، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون- كما يعتقد أطباء المؤسسة- حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.

كما أمنح موافقتي بهذا على إجراء تخدير موضعي وإعطاء المواد المسكنة، وذلك بعد أن وضّحت لي مضاعفات التخدير الموضعي المحتملة، بما فيها ردة الفعل التحسسية (الحساسية) للمادة المُخدّرة، بدرجات متفاوتة، وإمكانية حصول ردود فعل من جرّاء إعطاء الأدوية المسكنة، والتي قد تؤدي، في الحالات النادرة، إلى تأثيرات جانبية في القلب والجهاز التنفسي، وخصوصاً لدى مرضى القلب والجهاز التنفسي.

إذا تقرر إجراء العملية الأساسية تحت تأثير التخدير الناحي أو العام فسألتقى توضيحاً عن التخدير من قبل اختصاصي التخدير.

أنا على علم، كما أنني موافقة/ موافق على أن تُنفذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيلقى عليه/ ها القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنني لم أتلّق ضماناً أنّه ستجرى كلها أو سيجري قسم منها بيد إنسان معين، شريطة أن تُجرى بالمسؤولية المثبّعة في المؤسسة بما يقضيه للقانون.

توقيع المريضة/ חתימת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريضة، نفسانياً)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטינה, או חולה נפש).

اسم الوصي (الرقابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)

أقرُّ بهذا بأنني وضّحت شفهيًا للمريضة/ للوصي على المريضة* الوارد أعلاه كله بالتفصيل المطلوب، وبأنها/ ه وقعت/ وقع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّها/ ه فهمت/ فهم توضيحاتي كاملة.

رقم الرخصة/ מס' רשיון

توقيع الطبيب/ חתימת הרופא/ה

اسم الطبيب/ שם הרופא/ה

* يُرجى شطب الزائد/ מחק/ את המיותר