

שופס הסכמה: היסטרוסקופיה

**Hysteroscopy
Гистероскопия**

Гистероскопия – это манипуляция, которая дает возможность прямого осмотра полости матки с целью диагностики заболеваний и выполнения хирургических воздействий в этой полости. Диагностическая гистероскопия либо не требует обезболивания, либо производится с применением одного из существующих методов обезболивания, либо их комбинации. Хирургическая гистероскопия производится под региональной анестезией или под общим наркозом. Для выполнения гистероскопии необходимо расширить полость матки путем введения в нее углекислого газа CO₂ или жидкости.

После манипуляции требуется покой в течение нескольких часов в больничных условиях, а после этого – домашний покой. Дальнейшее амбулаторное наблюдение проводится согласно рекомендациям врача.

Данные пациентки:

_____	_____	_____	_____
פאמיליא	ימא	ימא אטא	פאספארט
שם משפחה	שם	שם האב	ז.ת

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

_____	_____	_____
פאמיליא	ימא	רופא/ה:
שם משפחה	שם פרטי	

о необходимости выполнения диагностической/ хирургической* гистероскопии.
(далее: «основное воздействие»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что информирована о побочных явления основного воздействия, к которым относятся боли в животе, боли в области диафрагмы и в плечах, дискомфорт и легкое кровотечение, которые обычно проходят в течение нескольких дней.

Кроме того, я осведомлена о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, кровотечение и/или прободение матки, которое потребует корректирующей операции. В редких случаях инфекция или прободение матки могут потребовать ее удаления, а в редчайших случаях возможно повреждение других органов живота, и это осложнение также потребует операции.

Я осведомлена о возможных осложнениях, связанных с введением жидкостей в полость матки, включая всасывание большого количества жидкости в систему кровообращения, а в редких случаях – отек легких и/или «отравление водой».

Кроме того, мне известно о возможных осложнениях в результате введения газа в полость матки, включая: воздушную эмболию легких, сердца, или мозга, а в чрезвычайно редких случаях – летальный исход.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного воздействия.

Я подтверждаю, что знаю и понимаю, что в процессе основного воздействия может возникнуть необходимость расширить его объем, изменить его характер или прибегнуть к другим/дополнительным действиям для спасения жизни или предупреждения осложнений, включая хирургические вмешательства, характер и объем которых невозможно полностью предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Таким образом, я согласна на расширение основного воздействия, изменение его характера или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течение основного воздействия.

Настоящим я даю свое согласие также на проведение местной анестезии и прием успокаивающих препаратов после того как я получила объяснение о возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергические реакции разной степени выраженности на применяемые для местной анестезии препараты. Мне также известно о возможных редких реакциях на успокаивающие препараты, которые выражаются в нарушениях со стороны дыхательной системы и сердца, наблюдающихся, главным образом, у больных, страдающих заболеваниями этих органов.

ט' /OBGYN/UTRS/6812/0068 ספטמבר 1997

Если для обезболивания основного воздействия будет избран общий наркоз или региональная

