כללית

טופס הסכמה: צילום רחם
Hysterography
Снимок матки

Рентгеновский снимок матки производится с целью выявления дефектов матки и фаллопиевых труб в случаях бесплодия, а именно – при неспособности забеременеть или сохранить беременность. Для проведения исследования используется инструмент, которым захватывают и фиксируют шейку матки. В шейку матки вставляется трубочка, через которую вводится йодсодержащее контрастное вещество. После этого производится рентгенологическое просвечивание и делается несколько рентгеновских снимков.

Исследование производится после окончания месячных (в первой половине менструального цикла), без обезболивания. Если последние месячные протекали не совсем обычно, то нужно сообщить об этом врачу перед исследованием, чтобы исключить вероятную беременность. Если Вам известно о повышенной чувствительности к йоду, то нужно сообщить об этом врачу и рентген-технику.

Данные пациентки: _____ _____ _____ _____

фамилия	имя	имя отца	паспорт
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора _____ _____

Фамилия	имя	
שם משפחה	שם פרטי	רופא/ה:

о рентгеновском снимке матки, цели этого исследования и способе выполнения (далее: «основное исследование»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю получение объяснений о том, что основному исследованию сопутствуют обычно боли в области таза и живота (из-за сокращений матки), которые продолжаются в течение недолгого времени и после окончания исследования. Возможно также небольшое кровотечение из влагалища.

Кроме того, я осведомлена о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, обострение существующего хронического воспаления тазовых органов, аллергическую реакцию различной степени тяжести на контрастное вещество, и в редких случаях – перфорацию матки.

Мне также объяснено, и я понимаю, что в случае тяжелой инфекции или прободения матки во время исследования могут потребоваться корригирующие воздействия с целью спасения жизни или предупреждения серьезных осложнений, включая хирургические вмешательства, причем невозможно заранее предсказать характер и объем этих вмешательств, однако смысл всего вышесказанного мне понятен, включая возникающую иногда необходимость удаления матки.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного исследования.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

_____ _____ _____

подпись пациентки	время	дата
חתימת החולה	שעה	תאריך

_____ _____

имя опекуна (родство) — подпись опекуна (в случае недееспособной, малолетней, душевнобольной)

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

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больной*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме. *Лишнее стереть

_____ _____ _____

מס' רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

MRM

ההסתדרות הרפואית בישראל **החברה לניהול סיכונים ברפואה**