



## 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 הוסת (במחצית הראשונה של תקופת המחזור) וללא הרדמה. אם הוסת 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 מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: \_\_\_\_\_

שם משפחה      שם פרטי

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

אני מצהירה ומאשרת 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 ייתכן שיופיע 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 ייתכן 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, לעיתים רחוקות, לכרות את הרחם.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

אני יודעת/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.



אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה, ואם לאור תוצאות הבדיקה יופסק ההריון, אני מסכימה גם לניתוח הנפל.

---

תאריך	שעה	חתימת האישה
שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשרת כי הסברתי בעל פה לאישה/ לאפוטרופוס של האישה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

---

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------