

טופס הסכמה: היסטרוסקופיה

Hysteroscopy

إستمارة موافقة: الهیستروسکوبیا

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

هناك حاجة- بعد العلاج- إلى الراحة سريعاً 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	رَقْم الهوية/ ת.ז.
اسم العائلة/ שם משפחה		الاسم الشخصي/ שם פרטי	

أصرح وأقرُّ بهذا بأنني تلقيت شرحاً شفوياً مفصلاً من الدكتور

عن الحاجة إلى القيام بالهيستروسكوبيا التشخيصية/ الجراحية\* (في ما يلي: "العملية الأساسية").  
 أصرح وأقرُّ بهذا بأنه سُرحت 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 سُرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بما فيها: التلوث، النزيف و/أو حدوث تنقبُّب في الرَّحْم، يستدعي عملية تصحيحية. يستدعي تلوث الرَّحْم أو تنقبُّبه في- الحالات النادرة- استئصاله، وفي الحالات الأكثر ندرة، من المحتمل الإضرار بأعضاء بطنية أخرى، ويستدعي هذا التعقيد عملية تصحيحية.

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

كما سُرحت 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 وُضِّح لي وإِنني مُدركة/ مدرك أنَّ هناك احتمالاً لأن يتَّضح خلال العملية الأساسية أنه توجد حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتِّخاذ 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 كاملةً، غير أنَّ معناها وُضِّح 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 وُضِّحت لي مضاعفات التخدير الموضعي المحتملة، بما فيها ردة الفعل التحسسية (الحساسية) للمادة المُخدَّرة، بدرجات متفاوتة، وإمكانية حصول ردود فعل من جرَّاء 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 فسأتلقَى توضيحاً عن التخدير من قبل اختصاصي التخدير.

أنا على علم، كما أنني موافقة/ موافق على أن تُنفَّذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سئلني عليه/ ها القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنني لم أتلق ضماناً أنه سُنجرى كلها أو سُنجرى قسم منها بيد إنسان معيَّن، شريطة أن تُجرى بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة بما يقضيه للقانون.

التاريخ/ תאריך	الساعة/ שעה	توقيع المريضة/ חתימת החולה
اسم الوصي (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)		توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريضة، نفسانياً)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטינה, או חולת נפש).

أقرُّ بهذا بأنني وُضِّحت شفهيًا للمريضة/ للوصي على المريضة \* الوارد كُله بالتفصيل المطلوب، وبأنها/ ه وُقِّعت/ وقَّع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنَّها/ ه فهمت/ فهم توضيحاتي كاملةً.

اسم الطبيب/ שם הרופא/ ه	توقيع الطبيب/ חתימת הרופא/ ه	رَقْم الرخصة/ מס' רשיון
-------------------------	------------------------------	-------------------------

\* يُرجى شطب الزائد/ מחק/ את המיותר

