

استمارة موافقة: تصوير الرحم
HYSTEROGRAPHY

יتم تصوير الرحم لغرض تشخيص عيوب في الرحم وفي الفئاتين بين الرحم والمبيض، وذلك في حالات وجود خلل في الخصوبة؛ أي عدم القدرة على الحمل أو على الحفاظ على الحمل.

ولغرض إجراء الفحص يتم استخدام جهاز يقوم بمسك وتثبيت عنق الرحم. وعن طريق عنق الرحم يتم إدخال أنبوب صغير، يحقنون المرأة من خلاله بمادة مضادة للتصوير بالأشعة تحتوي على اليود. تم يتم بعد ذلك إجراء فحص بأشعة رنتجن ويحدد من صور رنتجن.

يُجرى الفحص بعد انتهاء الخِيض (في النصف الأول من فترة الدورة الشهرية) ومن دون تخدير. إذا كان الخِيض الأخير مختلفاً عن العادة فيجب إعلام الطبيب قبل إجراء الفحص، من أجل التأكد من عدم وجود حمل.

إذا كنت تعرفين أنك حساسة لليود فيجب أن تُخبري الطبيب وتقررين رنتجن بذلك.

إسم المرأة / שם האשה: _____
 اسم العائلة/ שם משפחה _____
 الاسم الشخصي/ שם פרטי _____
 رقم الهوية/ ת.ז. _____

أصريح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور/ة _____
 اسم العائلة/ שם משפחה _____
 الاسم الشخصي/ שם פרטי _____

عن تصوير الرحم، عن الهدف منه وعن أسلوب القيام به (فيما يلي: "الفحص الأساسي").

إنني أصريح وأقر بهذا بأنه وُضِّح لي أنه وقت إجراء الفحص الأساسي يُتوقع، عادةً، الشعور بالألم في الحوض وفي البطن (من جزاء انكماش الرحم) الذي يستمر، عادةً، وقتاً قصيراً بعد إجراء العملية، وأنه من المحتمل، كذلك، حدوث نزيف من فتحة الرحم بكمية ليست ذات أهمية.

وقد وُضِّحت لي كذلك، المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك: الالتهاب، تجدد تآزم التهابات الحوض المزمنة، رد الفعل التحسسي بدرجات متفاوتة للمادة المضادة، وتقرّب الرحم في حالات نادرة.

وقد وُضِّح لي كذلك وإنني أدرك أنه في حالات حدوث التهاب صعب أو تقرّب في الرحم خلال الفحص، فمن المحتمل أن تنشأ هناك حاجة إلى اتخاذ خطوات إصلاح من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية لا يُمكن توقعها الآن، بالتأكيد أو كاملةً، غير أن معناها وُضِّح لي، بما في ذلك الحاجة، في أحيان نادرة، إلى استئصال الرحم.

أعطي بهذا موافقتي على إجراء الفحص الأساسي.

أنا على علم، كما أنني أوافق على أن يُنفذ الفحص الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها من سُلُفي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنه لم يُضمن لي أن يُجرى عليها كلها أو أن يُجرى قسمًا منها شخص معيّن، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتَّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

التوقيع/ תאריך _____
 الساعة/ שעה _____
 توقيع المرأة/ חתימת האשה _____

إسم الوصي (الغرابية) // שם האפוטרופוס (קירבה) _____
 توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصرة، أو مريضة نفسانية) /
 חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטינה או הולת נפש) _____

أقر بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمرأة/ للوصي على المرأة* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنها/ه وقعت/ وقع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعتت بأنها/ه فهمت/فهم شروحي كاملةً.

إسم الطبيب/ה / שם הרופא/ה _____
 توقيع الطبيب/ה / חתימת הרופא/ה _____
 رقم الرخصة/ מס' רישון _____

* يُرجى تطب الزائد/ מחק/ את המיותר