

Бланк согласия на гистерографию HYSTEROGRAPHY



Гистерография выполняется с целью диагностики дефектов матки и маточных труб в случаях бесплодия, то есть, невозможности забеременеть или сохранить беременность.

Для того, чтобы выполнить данную проверку, используется аппарат, который фиксирует шейку матки. В шейку матки внедряют катетер, через который вводится контрастное вещество, содержащее йод. После этого выполняется рентгеновская съемка.

Данная проверка выполняется по окончании менструации (в первой половине цикла) без анестезии.

Если последняя менструация была не такой, как обычно, перед проверкой следует сообщить об этом врачу, чтобы исключить наличие беременности.

Если известно о чувствительности к йоду, следует поставить об этом в известность врача и рентгенотехника.

Во время назначения проверки мне было разъяснено, что до исследования я должна воздерживаться от половых отношений, чтобы исключить возможность проведения проверки при беременности, что может повлечь аборт или ущерб плоду вследствие использования контрастного вещества и воздействия радиации.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных вариантах лечения в данном случае, а также о побочных эффектах, шансах и осложнениях, связанных с этими вариантами лечения.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, что во время проведения основной проверки, как правило, ожидается ощущение боли в тазу и животе (вследствие сокращений матки), которая обычно длится короткое время после манипуляции, а также возможно незначительное вагинальное кровотечение.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе: инфекция, рецидив хронических воспалений органов таза, аллергическая реакция различной степени выраженности на контрастное вещество, а в редких случаях - перфорация матки.

Кроме того, мне было объяснено, и я понимаю, что в случаях тяжелой инфекции или перфорации матки в ходе проверки может возникнуть необходимость принять коррекционные меры для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, в том числе хирургические действия, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен, включая, в очень редких случаях, необходимость в удалении матки.

Я даю свое согласие на проведение основной проверки.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная проверка и все другие процедуры будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом; и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком.

Подпись женщины / חתימת האישה: _____

