

نموذج إقرار الموافقة على عمل صورة ملونة الرحم

قد طلب طبيبك إجراء الفحص التالي لك وطلب إعطاء مادة ملونة داخل الرحم وذلك للتأكد من التشخيص.

ملخص السيرة المرضية

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتقييم حالتك بطريقة أفضل

الرقم	الأسئلة
1	ما هو آخر يوم للدورة الشهرية؟ (التاريخ - اليوم)
2	هل تعاني من التهابات نسائية حالياً؟
3	هل قمت بإجراء صورة ملونة الرحم من قبل
4	هل أجريت لك يا عمليات جراحية في الحوض، تنظير، تنظيفات رحم؟ في حال كانت الإجابة بنعم الرجاء ذكر وقت العملية
5	عدد مرات الحمل والولادة السابقة سواء كانت طبيعية أو قيصرية؟
6	هل يوجد لديك حساسية لأي مادة ملونة، أدوية،....؟
7	هل حصل جماع بعد آخر دورة شهرية؟
8	هل أنت متأكدة من عدم وجود حمل؟ في حال عدم التأكد يتوجب عمل فحص الحمل مخبري

المضاعفات والأعراض الجانبية:

- قد يستمر الألم عند المريضة فترة أسبوع بعد إجراء التصوير.
- نزيف بسيط بعد الصورة من 1-2 يوم.
- خروج المادة الملونة من رحم إلى الحوض إلى أوردة الحوض.
- تفاقم الالتهابات النسائية في حال وجودها خلال إجراء الصورة.

الموافقة

أوافق على إجراء الفحص بعد أن قامت طبيبة الأشعة بشرح طبيعة الفحص والمضاعفات الممكن حدوثها أثناء وبعد إجراء الفحص وإجابة الأسئلة الواردة أعلاه و أتحمّل مخاطرة المضاعفات التي قد تنجم عن الفحص على مسؤوليتي الخاصة

اوافق
 لا اوافق

توقيع طبيب الأشعة:

توقيع المريضة أو ولي الأمر:

الإسم:

الإسم:

التوقيع:

التوقيع:

التاريخ:

التاريخ:

الوقت:

الوقت: