

חסוי רפואי

טופס הסכמה: אנדוסקופיה של מערכת העיכול

GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

מדבקת המטופל/ת

שם ופרטי הניתוח/הפרוצדורה המוצעים (בעברית וללא קיצורים):

בביצוע _____ **אבחוני/או טיפולי** לרבות לקיחת ביופסיה, כריתת פוליפים, שם הפעולה

צריבת נקודות דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר*. פרט טיפול אחר _____
(להלן: "הטיפול העיקרי").

מטרת הניתוח / הפרוצדורה: האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותעלות דרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר. אורכו של האנדוסקופ נע בין 1.20 ל- 1.80 מטר, קוטרו 1 ס"מ, וניתן בעזרתו לבדוק את מערכת העיכול העליונה והתחתונה. בדרך כלל, לפני הבדיקה, מקבלת הנבדקת/ת תרופות הרגעה ו/או אלחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי הנחות שבבדיקה.

הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדקת/ת שוכבת על צידו השמאלי. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי העיכול העליונות (אזופגוסקופיה, גסטרוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול תחתונות (סיגמואידוסקופיה, קולונוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך פי הטבעת.

בהמשך מוחדרים דרכו מכשירים בהתאם לפעולות הנדרשות. משך הבדיקה נע, בדרך כלל, בין 15 דקות לשעה. במשך הבדיקה קיימת הרגשה של אי נוחות ונפיחות בבטן.

סיכונים וסיבוכים אפשריים של הניתוח/הפרוצדורה: הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרון, חסרון, תופעות הלוואי שלהן והסיבוכים האפשריים. כמו-כן, הוסבר לי שלמרות שהבדיקה האנדוסקופית הינה הטובה ביותר בנמצא היום לגילוי פוליפים וגידולים, הרי שלבדיקה יש מגבלות. הבדיקה מסוגלת לגלות את מרבית הגידולים והפוליפים הגדולים במעי הגס, אך לא את כולם.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות ותחושה של נפיחות בבטן. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום או קרע של דופן מערכת העיכול, אשר בחלק מהמקרים יצריכו תיקון ניתוחי.

בבדיקת דרכי עיכול עליונות עלול להיגרם נזק לשיניים עקב החדרת המכשיר דרך הפה. הסיבוכים האמורים אינם שכיחים.

אזהרות מיוחדות לטיפול במצבים בריאותיים מיוחדים (במידה ויש): _____

כן הוסברו לי בפירוט יתרונות וחסרונות אפשריים של הניתוח/הפרוצדורה, חלופות אפשריות לניתוח/פרוצדורה, תוצאות אפשריות אם אבחר לא לבצעו, בעיות אפשריות הקשורות בהחלמה ממנו וסיכויי הצלחתו.

חסוי רפואי

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה על הצורך בביצוע הניתוח/הפרוצדורה, לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מדרכי הטיפול האפשריות המוצעות לי, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח/הפרוצדורה כאמור לעיל בבית-החולים (להלן- הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה/ות, שינוי/ים, או ביצוע הליכים אחרים נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני יודעת/ע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תגובת המטופל/הערוות במידה ויש :

| תאריך | שעה | חתימת המטופל |
|-------------------------------|-----|---|
| שם האפוסטרופוס/מיופה כח רפואי | | חתימת האפוסטרופוס (במקרה של קטין או חסוי) |

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוסטרופוס/מיופה כח רפואי את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

| שם הרופא וחתימתו | מס' רישיון | תאריך | שעה |
|------------------|------------|-------|-----|
|------------------|------------|-------|-----|

*מחק/י את המיותר