

טופס הסכמה: אנדוסקופיה של מערכת העיכול

GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותעלות דרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך לקיחת ביופסיות, כריתת פולیפים, 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 מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי הנוחות שבבדיקה.

הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב על צידו השמאלי. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול עליונות, (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 הרגעה של אי נוחות ונפיחות בבטן.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי

שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי

שם משפחה

על הצורך בביצוע _____ איבחון/ית ו/או טיפולית לרבות לקיחת ביופסיה, כריתת פוליפים, צריבת

שם הפעולה

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

הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרונן, חסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים האפשריים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ותחושה של נפיחות בבטן.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים 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. הסיכונים האמורים אינם שכיחים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך ביצוע הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יחברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שנוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טטיות דם, וקריופרציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לתדירות זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עלולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיכונים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרגעה ואילחוש מקומי לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר המאלחש. אני יודעת/ם ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו ביד מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך שעה חתימת החולה

שם האפוסטרופוס (קירבה) חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת שהסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה *את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה חתימת הרופא/ה מס' רישיון

מדבקת מטופל

הסכמה מדעת לקבלת סדציה ("טשטוש")

הנך עומד לעבור פעולת אבחון/טיפול: _____ הכרוכה בתחושת כאב, חרדה, אי נעימות, ולחץ בעוצמות ורמות משתנות.

לצורך ביצוע הפעולה הטיפולית ו/או אבחנתית הנך עומד לקבל תכשיר / תרופה שתגרום לסדציה ("טשטוש") המביאה לשיכוך כאב, הרגעה ו/או הרפיה.

סדציה גורמת להפחתת הכאב, למצב רגיעה והפחתת חרדה ופחד, כאשר המטופל שומר/ת על הכרה מלאה או יכול/ה להיות מנומנם/ת.

הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר סדציה הכוללות בחילה, הקאה, וישנוניות. אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, הכוללים, בין היתר, דיכוי נשימה עקב מתן תרופות הסדציה, שעלול לדרוש הנשמה, ירידה בלחץ הדם או הדופק, או שינוי בקצב הלב, שיחייבו מתן נוזלים ו/או תרופות לווריד.

במקרים נדירים, עלולים להופיע הזיות, תגובה אלרגית, חוס, פריחה, ובמקרים נדירים מאוד דום לב או תרדמת. לעיתים יש צורך במתן תרופות הנוגדות את פעילות תרופות הסדציה, מצב העשוי לגרום ליתר ערנות.

תתכן אפשרות של צורך באשפוז להשגחה והמשך טיפול.

אצל נשים בהריון, יתכן מעבר של חלק מחומרי הסדציה לעובר, ויתכנו, במקרים נדירים, תופעות לוואי וסיבוכים לעובר או להמשך ההריון.

הוסבר לי כי יתכן כישלון בביצוע הסדציה, המחייב לעיתים מתן טיפולים להבטחת פעילות המערכות החיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן ולא תתבצע הפעולה המתוכננת.

הנני מצהיר/ה כי קבלתי הסבר מפורט ואני מסכימ/ה לביצוע הסדציה

שם הרופא/ה: _____ חתימת וחותמת הרופא/ה: _____

שם המטופל/ת: _____ חתימת המטופל/ת או אפוטרופוס: _____

תאריך: _____
שעה: _____