

טופס הסכמה: אנדוסקופיה של מערכת העיכול
GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY
استمارة موافقة: التنظير الداخلي للجهاز الهضمي

המבטור الداخلي هو عبارة عن ماسورة لينة في داخلها ألياف بصرية، تمكن من طريقها الرؤية، وقنوات يمكن من خلالها نقل أجهزة لغرض أخذ عينات حية، استئصال سليلية مخاطية مريضة (بوليب)، كي نقاط دم، معالجة شرايين منتفخة (دوالي) وإخراج جسم غريب..
يُراوح طول المنظار الداخلي بين 1.20 و 1.80 متر، وطول قطره 1 سم، حيث يمكن بمساعدته فحص الجهاز الهضمي العلوي والسفلي. ويتلقى المفحوص، عادةً، قبل الفحص، أدوية مهدئة و/أو تخديرًا موضعيًا، من أجل تخفيف الشعور بعدم الراحة من جراء الفحص.
يتم تنفيذ الفحص عندما يكون المعالج مستقلًا على جنبه الأيسر. إذا كان الحديث عن فحص مجاري الهضم العلوية (إزوبجوسكوبيا، جستروسكوبيا) يتم إدخال المنظار الداخلي عن طريق فتحة المستقيم (فتحة المؤخرة).
ويتم عن طريقها، لاحقًا، إدخال أجهزة وفقًا للإجراءات المطلوبة. يُراوح مدة الفحص، عادةً، بين 15 دقيقة وساعة. يصاحب الفحص شعور بعدم الراحة وانتفاخ في البطن.

اسم المريض/ة/ ش.م.ח: _____
 اسم العائلة/ ش.م.מפחה: _____
 الاسم الشخصي/ ש.מ.פרטי: _____
 اسم الأب/ ש.מ.האב: _____
 رقم الهوية/ ת.ז.: _____

أصريح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحًا شفيهيًا مفصّلًا من الدكتور/ة _____
 اسم العائلة/ ש.מ.מפחה: _____
 الاسم الشخصي/ ש.מ.פרטי: _____

عن الحاجة إلى تنفيذ _____
 تشخيصي و/أو علاجي بما في ذلك أخذ عينات حية، استئصال سليلية مخاطية مريضة (بوليب)،
 كي نقاط دم، معالجة شرايين منتفخة (دوالي) وإخراج جسم غريب * فصل علاج آخر _____
 (فيما يلي: "العلاج الأساسي").

لقد شُرح لي عن وجود بدائل تشخيصية، عن إيجابياتها، سلبياتها، عوارضها الجانبية والتعقيدات الممكن حصولها.
 إنني أصريح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحًا عن العوارض الجانبية الخاصة بالعلاج الأساسي، بما في ذلك الشعور بالألم، الشعور بعدم الراحة والانتفاخ في البطن.
 كما وُضّحت لي كذلك التعقيدات المحتملة، بما في ذلك: النزيف أو تمزق جدار الجهاز الهضمي، الذي يستوجب، في بعض الحالات، إصلاحًا جراحيًا. أمّا في
 فحص مجاري الهضم العلوية فمن الممكن أن يلحق ضرر بالأسنان من جراء إدخال الجهاز عن طريق الفم. علمًا أن التعقيدات المذكورة لا تحدث كثيرًا.
 أُمّنح بهذا موافقتي على إجراء العلاج الأساسي.

لما أصريح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحًا، وبأنني أدرك أن هناك احتمالًا لأن يُضّح، في أثناء تنفيذ العلاج الأساسي أو بعده فورًا، وجود حاجة إلى توسيع
 محيطه، إلى تغييره، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية أخرى لا يمكن توقعها
 الآن، بالتأكد أو كاملة، غير أن معناها وُضّح لي. وبناءً عليه، إنني أوافق على ذلك التوسيع، أيضًا، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك
 عمليات جراحية، ستكون، كما يعتقد أطباء المؤسسة، حيوية أو مطلوبة في أثناء العلاج الأساسي أو بعده فورًا.

أُمّنح بهذا موافقتي، أيضًا، على إعطاء أدوية مهدئة وتنفيذ تخدير موضعي بعد أن وُضّح لي أن استخدام الأدوية المهدئة من الممكن أن يؤدي، في حالات نادرة،
 إلى اضطرابات في التنفس واضطرابات في عمل القلب، وخصوصًا لدى مرضى القلب ومرضى الجهاز التنفسي، وكذلك الخطر المحتمل لحدوث رد فعل
 تحسسي لمادة التخدير بدرجات مختلفة.

أنا على علم، كما أنني أوافق على أن يُنفذ العلاج الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها من سِيّ لقي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنه
 لم يُضمن لي أن يجريها كلها أو أن يجري قسمًا منها شخص معين، بشرط أن تُجرى بالمسؤولية المُتبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

التاريخ/ תאריך: _____
 السّاعة/ שעה: _____
 توقيع المريض/ة/ חתימת המریض/ה: _____

اسم الوصي (القربة)/ ש.מ.האפוטרופוס (קירבה): _____
 توقيع الوصي (في حالة فقه الأهلية، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيًا)/
 חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أقر بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة/ للوصي على المريض/ة* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اُقتنعت
 بأنه/ها فهم/ت شروحي كاملة.

اسم الطبيب/ة/ ש.מ.הרופא/ה: _____
 توقيع الطبيب/ة/ חתימת הרופא/ה: _____
 رقم الرخصة/ מס' רישון: _____

*يرجى شطب الزائد/ מחק/ את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לגסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד