

טופס הסכמה: אנדוסקופיה של מערכת העיכול

GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

גסטרוסקופיה ו/או קולונוסקופיה

האנדוסקופ הינו צינור גמיש, המאפשר הסתכלות אופטית. בתוכו תעלות, דרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת מקורות 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/ת הנבדק/ת תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי-הנוחות שבבדיקה. האנדוסקופיה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב על צידו השמאלי. כאשר מדובר בדרכי העיכול העליונות (אזופגוסקופיה, גסטרוסקופיה), מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בדרכי העיכול התחתונות (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 תיתכן הרגשה של אי-נוחות ונפיחות בבטן.

פרטי החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ מס. תעודת זהות _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר _____ על הצורך בביצוע _____ אבחונת ו/או טיפולית, לרבות לקיחת ביופסיה, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דם וטיפול בדליות. פרט טיפול אחר _____ (להלן: "הטיפול העיקרי")

הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרונן, חסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיבוכים האפשריים. 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 העיכול העליונות עלול להיגרם נזק לשיניים, עקב החדרת המכשיר דרך הפה. הסיבוכים 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 מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יתברר, 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, שינוי או ביצוע הליכים אחרים, או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו. 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 יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

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

אני מאשר, כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל, בפירוט הדרוש, וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס. רשיון

שם הרופא/ה (חותמת)



המרכז הרפואי
הלל יפה
Hillel Yaffe
Medical Center

ת.ד. 169, חדרה 38100 | טל. 04-6304480 | פקס. 04-6304408 | 04-6304408 | Tel. +972-4-6304480 | FAX. +972-4-6304408 | P.O.Box 169, Hadera 38100, ISRAEL

<http://hy.health.gov.il>

המרכז הרפואי הלל יפה מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט הטכניון, חיפה | מדינת ישראל - משרד הבריאות
Hillel Yaffe Medical Center, Affiliated with the Rappaport Faculty of Medicine, The Technion, Haifa, The State of Israel - Ministry of Health