ט' 0043/ GEODS/4311/OPEG/ אוקטובר 1997

טופס הסכמה: הכנסת צינור האכלה לקיבה דרך דופן הבטן – גסטרוסטומיה בשיטה אנדוסקופית

PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY - PEG

اِستمارة موافقة: إدخال ماسورة إطعام إلى المعدة عن طريق جدار البطن – فَغْر المعدة بطريقة تتصل بالتنظير الداخليّ

يتمّ إدخال ماسورة الإطعام إلى المعدة في الحالات التي تنعدم فيها إمكانية تناول الأكل أو انتقال الغذاء عن طريق المريء.
يتمّ تنفيذ هذه العملية عندما يكون المعالَج مستلقيًا على ظهره. حيث يتمّ في المرحلة الأولى إدخال مِنظار داخليّ عن طريق الفم وحتى وصوله المعدة. وهذا المِنظار الداخليّ هو عبارة عن جهاز ليّن يصل طوله إلى نحو 1.20 متر وطول قطره نحو 1 سم، وفي داخله ألياف بصريّة، تُمكن عن طريقها الرؤية، وقنوات يمكن من خلالها نقل أجهزة.
وقبل إدخال المِنظار الداخليّ يتلقّى المفحوص أدوية مهدّئة و/أو تخديرًا موضعيًّا.
ولغرض تنفيذ فَغْر المعدة، يتمّ عبر شقّ صغير في الجهة اليسرى من جدار البطن العلوي إيغال خيط موصِل يتمّ التقاطه بالمِنظار الداخليّ وإخراجه عن طريق الفم. ويتمّ عن طريق الفم إيغال ماسورة إطعام يتمّ نقلها عن طريق الخيط نفسه وإخراجها خارج جدار البطن في منطقة الشقّ. وفي نهاية العملية، يكون أحد طرفَيّ الماسورة داخل المعدة وطرفها الآخر خارج جدار البطن. فعن طريق هذه الفتحة سيتمّ إدخال الغذاء.
ولغرض منع حدوث التهاب نتيجة لإيغال ماسورة الإطعام عن طريق جدار البطن، يتلقّى المريض علاجًا بالمضادّات الحيوية في وقت قريب من تنفيذ العملية.
تستغرق العملية نحو 30 دقيقة، ويصحبها شعور بعدم الراحة وشعور بالانتفاخ في البطن.

اِسم المريض/ة/ שם החולה: _____

اِسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشّخصيُّ/ שם פרטי	اِسم الأب/ שם האב	رَقْم الهُوِيَّة/ ת. ז.

أصرّح وأقرُّ بهذا بأنّني تلقّيت شرحًا شفهيًّا مفصّلاً من الدُّكتور/ة _____

اِسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشّخصيُّ/ שם פרטי

عن الحاجة إلى تنفيذ فَغْر معدة بطريقة تتصل بالتنظير الداخليّ لغرض الإطعام (فيما يلي: "العلاج الأساسيّ").
لقد وُضّح لي إجراء إدخال ماسورة الإطعام والظواهر المصاحبة لتنفيذ العلاج الأساسيّ، بما في ذلك الشعور بالألم، الشعور بعدم الراحة والانتفاخ في البطن.
كما وُضّحت لي كذلك التعقيدات المحتملة، بما في ذلك: الالتهاب في الجلد وفي الأنسجة اللينة، واستنشاق البُصاق والإفرازات في مجاري التنفس، الأمر الذي سيستوجب المعالجة.
ويُحتمل، في حالات نادرة، حدوث نزيف أو تمزّق في جدار الجهاز الهضميّ وتسرّب ما تحتويه المعدة إلى فضاء البطن في منطقة دخول ماسورة الإطعام، وهو ما سيستوجب تصحيحًا جراحيًّا تحت تأثير التخدير الكليّ.
أمنح بهذا موافقتي على إجراء العلاج الأساسيّ.
كما أصرّح وأقرُّ بهذا بأنّني تلقّيت شرحًا، وبأنّني أدرك أنّ هناك احتمالاً لأن يتّضح، في أثناء العلاج الأساسيّ أو بعده فورًا، وجود حاجة إلى توسيع محيطه، إلى تغييره، أو إلى اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافيّة من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيٍّ، بما في ذلك عمليّات جراحيّة أخرى لا يمكن توقّعها الآن، بالتّأكيد أو كاملةً، غير أنّ معناها وُضّح لي. وبناءً عليه، إنني أوافق على ذلك التّوسيع، أيضًا، التّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافيّة، بما في ذلك عمليّات جراحيّة، ستكون، كما يعتقد أطبّاء المؤسّسة، حيويّة أو مطلوبة في أثناء العلاج الأساسيّ أو بعده فورًا.
أمنح بهذا موافقتي، أيضًا، على إعطاء أدوية مهدّئة وتنفيذ تخدير موضعيٍّ بعد أن وُضّح لي أن استخدام الأدوية المهدّئة من الممكن أن يؤدّي، في حالات نادرة، إلى اضطرابات في التنفس واضطرابات في عمل القلب، وخصوصًا لدى مرضى القلب ومرضى الجهاز التنفسيّ، وكذلك الخطر المحتمل لحدوث ردّ فعل تحسّسيّ لمادّة التخدير بدرجات مختلفة.
أنا على علم، كما أنّني أوافق على أن يُنفّذ العلاج الأساسيّ والإجراءات الأخرى جميعها مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسَب أنظمة المؤسّسة وتعليماتها. كما أنّه لم يُضمن لي أن يُجريها كلّها أو أن يُجري قسمًا منها شخص معيّن، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسّسة، كما يقضي القانون.

التّاريخ/ תאריך	السّاعة/ שעה	توقيع المريض/ة / חתימת החולה/ה

اِسم الوصيِّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيِّ (في حالة فَقْد الأهليّة، قاصر، أو مريض/ ة، نفسانيًّا)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أقرُّ بهذا بأنّني شرحت شفهيًّا للمريض/ة للوصيِّ على المريض/ة* كلّ ما ورد أعلاه بالتّفصيل المطلوب، وبأنّه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

اِسم الطّبيب/ة/ שם הרופא/ה	توقيع الطّبيب/ة/ חתימת הרופא/ה	رَقْم الرُّخصة/ מס' רשיון

*يُرجى شطب الزّائد/ מחק/י את המיותר

ההסתדרות הרפואית בישראל **החברה לניהול סיכונים ברפוא**

האיגוד הישראלי לגסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד