



טופס הסכמה : טיפול אנדוסקופי בריאטרי להרזיה

Bariatric Baloon

השמנה חולנית מהווה גורם סיכון להתפתחות מחלות כמו סוכרת, יתר לחץ דם, תשניק נשימה בשינה, עודף שומנים בדם, מחלות לב ופוגעת באיכות החיים ובתוחלת החיים.
 מטרת הטיפול הבריאטרי היא לאפשר ירידה משמעותית במשקל לסובלים מהשמנה חולנית אשר לא הצליחו להפחית ממשקלם באמצעים שמרניים כמו דיאטות, ספורט או טיפול תרופתי. בטיפול זה מוכנס בלון לקיבה במטרה להקטין את נפחה, לגרום לתחושת שובע כבר לאחר אכילת כמות קטנה יותר של מזון, ולהשפיע על הורמוני הרעב והשובע המופרשים במערכת העיכול.
 הבלון מותקן בתוך הקיבה תוך הרדמה ובשיטה אנדוסקופית, בפרוצדורה שאיננה ניתוחית.
 הבלון מיועד להיות בתוך הקיבה למשך שישה חודשים, ואחר כך מוצא בשיטה אנדוסקופית.
 במהלך הטיפול נעשה ליווי רפואי ותזונתי חודשי, על ידי צוות רב תחומי הכולל גסטרואנטרולוג/ית, דיאטנית/ית פסיכולוג/ית או עובד/ת סוציאל/ית, לשם תמיכה, התווית התזונה המתאימה והדרכה לאורח חיים בריא הכולל פעילות גופנית.

הפרוצדורה נעשית בהרדמה עמוקה בנוכחות מרדים ובניטור מלא. הפעולה האנדוסקופית להכנסת הבלון עורכת כחצי שעה.

לאחר הפעולה תמשך השגחה של שעתיים לפחות בחדר ההתאוששות.
 במידה שלא תהייה התווית נגד – ניתן להשתחרר הביתה. אם יופיעו תופעות לוואי קשות להכנסת הבלון – נשקול אשפוז להמשך טיפול.
 בימים הראשונים שלאחר הכנסת הבלון יינתן לפי הצורך טיפול תרופתי נוגד הקאות. התזונה בימים הראשונים תעבור בהדרגה מנוזלית לדייסתית, אחר כך מרכה לרגילה על פי הנחיות הדיאטנית.
 במהלך התקופה הראשונה שלאחר הפרוצדורה יינתן מענה רפואי טלפוני זמין לכל צורך שעולה.

שם המטופל: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בביצוע ניתוח: _____

להלן: "הניתוח העיקרי" ופעולות נוספות: _____



אני מצהיר/ה בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי השכיחות לאחר פרוצדורה זו, לרבות: בחילות, הקאות, כאב, צרבת, הצפויים לחלוף תוך כמה ימים.
 כמו כן, הוסברו הסיבוכים והסיכונים האפשריים לרבות: הינקבות דופן מערכת העיכול, דימום, זיהום, חוסר הצלחה טכני בהשתלת הבלון בקיבה.
 הוסברו לי גם הסיבוכים המאוחרים האפשריים, היכולים להתרחש שבועות וחודשים לאחר הפרוצדורה: נדידת הבלון מהקיבה למעיין, חסימה במערכת העיכול, תת ספיגה, אי סבילות לבלון שתביא להוצאתו המוקדמת. יתכנו שינויים בהרגלי יציאה וכמו כן דווחו מקרים של דלקת בבלבב משנית לבלון.
 הוסבר לי והבנתי שסיבוכים אלו יכול שיביאו לניתוחים נוספים או לאשפוזים נוספים. הבנתי כי במקרים נדירים מאד עלולה הפרוצדורה לגרום למוות.
 הוסבר לי והבנתי ששיתוף הפעולה של המטופל והקפדה על מילוי הוראות הצוות המטפל, כמו גם שינויים הכרחיים של הרגלי האכילה, מהווים תנאי הצלחת הפרוצדורה ולשמירה על משקל אופטימלי.
 הוסבר לי והבנתי שגם במקרה של פרוצדורה מוצלחת יתכן שלא תתקבל ירידה מספקת במשקל, בשל חוסר הסתגלות לבלון, העדר השינוי המתבקש בהרגלי האכילה והחיים, וצריכה עודפת של קלוריות.
 הוסבר לי כי הפעולה מתבצעת בהרדמה כללית והסבר ההרדמה יינתן לי ע"י מרדים.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.
 אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהפרוצדורה וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.
 אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי:

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוטרופוס (קירבה למטופל) (חתימת) / שם הרופא/ה (חותמת)		
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל* 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 (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה