

טופס הסכמה: ברונכוסקופיה קשיחה (חזיון קנה וסמפונות) / אזופגוסקופיה קשיחה (חזיון ושט)

הפעולות מתבצעות לצורך הסתכלות בבית הבליעה, ושט, קנה וסמפונות, אבחון וטיפול בבעיות כגון: הוצאת גוף זר, ביופסיה מנגע חשוד, כריתת נגעים, לקיחת תרבית, החדרת תומכן (STENT).
הפעולה מתבצעת על ידי החדרת צינור ייעודי דרך הפה לקנה הנשימה או לושט.
הפעולה מתבצעת בהרדמה כללית.

שם המטופל: _____

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

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

שם משפחה	שם פרטי
_____	_____

על הצורך בברונכוסקופיה / אזופגוסקופיה בשל _____

(להלן: "הפעולה העיקרית").

הוסבר לי שקיימת אפשרות של אי הצלחה בהחדרת הצינור, אי הצלחה בהוצאת הגוף הזר, חוסר אפשרות לכרות נגעים בשלמות, או חזרת המחלה העיקרית ויהיה צורך לחזור על הפעולה או להשיג את המטרה בניתוח פתוח.

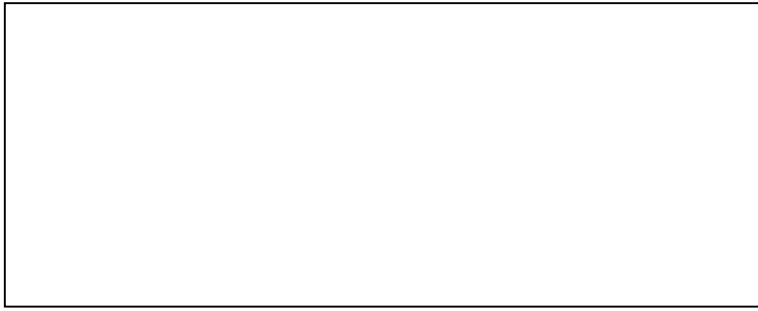
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הפעולה לרבות: כאב ואי נוחות, קשיי בליעה, צרידות זמנית, גניחת דם.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: אי נוחות ממושכת, חבלה בשיניים, שינוי בקול, קושי בבליעה, ניקוב בית הבליעה, ניקוב הושט, ניקוב הקנה, ניקוב הריאה, דימום שעלול לסכן חיים. שימוש בלייזר במהלך הטיפול העיקרי, עלול לגרום לכוויות בחלל הפה ובבית הבליעה, בשפתיים או בפנים.

במקרים נדירים, עלולים חלק מהסיבוכים להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה 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 הניתוח העיקרי.



הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.
אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	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
--------------------	---------------	------------