



DILATATION OF ESOPHAGUS טופס הסכמה: הרחבת ושת

הרחבת ושת מבוצעת בשל היצרות המפריעה לבליעה ולמעבר מזון. קיימות מספר שיטות להרחבת ושת חלקן באמצעות אנדוסקופ. לעתים, לאחר ההרחבה, יהיה צורך בהכנסת תומך (Stent) על מנת לשמר את המעבר. האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים דרכם ניתן לראות תעלות להעברת מכשירים לצורך איבחון וטיפול. קיימים סוגים שונים של מכשירים אנדוסקופיים. להרחבת הושת משתמשים בגסטרוסקופ.

1. הרחבת ושת פניאומטית - בשיטה זו מוחדר הגסטרוסקופ דרך הפה עד לאזור ההיצרות, אם ניתן לעבור את האזור המוצר, יוכנס הגסטרוסקופ עד לקיבה. דרך אחת מתעלות העבודה של המכשיר מועבר תייל מוליך מתכתי אל מעבר לאזור ההיצרות. הגסטרוסקופ מוצא, ועל התייל המוליך שנוטר בושת מולבש צנתר שבקצהו בלונית. הבלונית ממוקמת באזור ההיצרות בעזרת שיקוף רנטגן, או בהסתכלות ישירה דרך הגסטרוסקופ. הבלונית מנופחת בלחץ לזמן קצוב על מנת להרחיב את ההיצרות.

במהלך הפעולה מקבל החולה תרופות הרגעה ואילחוש מקומי בלוע. לעיתים יש לחזור על הפעולה פעם או פעמיים נוספות. הסיבוך האופייני לפעולה זו הוא התנקבות הושת ב - 5% מהחולים.

2. הרחבת ושת לא פניאומטית - גם בשיטה זו מוחדר הגסטרוסקופ דרך הפה עד לאזור ההיצרות ואם ניתן עד לקיבה.

דרך הגסטרוסקופ מועבר מוליך מתכתי אל מעבר להיצרות אליו מולבשת סדרת צנתרים מרחיבים בקוטר עולה, המרחיבים בהדרגה או ההיצרות. במהלך הפעולה מקבל החולה תרופות הרגעה ואילחוש מקומי בלוע. לעיתים יש לחזור על פעולה זו מספר פעמים.

סיבוך נדיר שעלול להיגרם במהלך הפעולה הוא התנקבות הושת.

3. הרחבת ושת לא אנדוסקופית - בשיטה זו מוחדרים מרחיבים העשויים מגומי גמיש, שלא באמצעות גסטרוסקופ, אל מעבר להיצרות. בכל הרחבה משתמשים בסדרת מרחיבים בקוטר עולה עד להשגת מעבר בקוטר סביר.

במהלך הפעולה ניתנים חומרי אלחוש מקומי בלוע.

סיבוך נדיר שעלול להיגרם במהלך הפעולה הוא התנקבות הושת.

סיבוך של התנקבות הושת יצריך בחלק מהמקרים תיקון ניתוחי. החדרת מכשירים דרך הפה עלולה לגרום נזק לשיניים.

שם המטופל: _____

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

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

על הצורך בביצוע הרחבת ושת באמצעות _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי המהלך החזוי והתוצאות המקוות לרבות האפשרות שיהיה צורך לחזור על פעולת ההרחבה.



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי במהלך הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים עקב החדרת המכשירים ולעיתים רחוקות התנקבות הושט שתצריך תיקון ניתוחי מיידי או מאוחר יותר. 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 משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו. הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרגעה ואלחוש 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 יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד ובכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוסטרופוס (קירבה למטופל) חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוסטרופוס 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