



טופס הסכמה: ברונכוסקופיה גמישה FIBEROPTIC BRONCHOSCOPY

הפעולות מתבצעות לצורך אבחון וטיפול מחלות בדרכי הנשימה והריאות. הפעולה מתבצעת תחת טשטוש עם הרדמה מקומית או בהרדמה כללית לפי החלטה של הרופא המבצע את הפעולה ו / או רופא מרדים.

במהלך הבדיקה מוחדר הברונכוסקופ שהוא צינור פיברו-אופטי דק וגמיש, דרך האף או הפה אל תוך קנה הנשימה והסמפונות. לאחר מכן נבדקים דרכי האוויר וניתן לבצע פעולות אבחנתיות או טיפוליות כגון הוצאת גוף זר, ביופסיות מנגע חשוד, כריתת נגעים, לקיחת נוזל שטיפה לתרבית, החדרת תומכן (STENT) ופרוצדורות נוספות בהתאם להתוויה לביצוע הברונכוסקופיה.

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 ברונכוסקופיה בשל _____

להלן "הפעולה העיקרית". _____

אני מצהיר כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הפעולה העיקרית.

כמו כן, הוסבר לי שקיימת אפשרות של אי הצלחה בהחדרת הצינור, אי הצלחה בהוצאת הגוף הזר, חוסר אפשרות לכרות נגעים/שלמות, 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, ליחה דמית.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הפעולה העיקרית כגון: אי נוחות ממושכת, חבלה בשיניים, שינוי בקול, קושי בבליעה, ניקוב בית הבליעה, ניקוב הקנה, ניקוב הריאה, דימום. שימוש בלייזר במהלך הטיפול העיקרי, עלול לגרום לכוויות בחלל הפה ובבית הבליעה, בשפתיים או בפנים. במקרים נדירים, עלולים חלק מהסיבוכים אף להסתיים במוות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית או אחריה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה 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 הפעולה העיקרית או לאחריה.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו 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
--------------------	---------------	------------
