

טופס הסכמה: דיקור אבחנתי / FINE NEEDLE ASPIRATION / NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY

דיקור מבוצע במטרה לקבל דגימת רקמה או תאים, לצורך קביעת אבחנה, ו/או להעריך את מידת השינויים/דרגת המחלה באיבר המטרה ומידת התפשטות המחלה. הדיקור מתבצע על ידי שימוש במחט המיועדת למטרה זו. לעיתים מתבצע הדיקור תחת אמצעי הדמיה. בעזרת המחט, נשאבים תאים/רקמה, ונמסרים לבדיקה ציטולוגית, בדיקה פתולוגית ו/או תרבית על פי הצורך. ברוב המקרים משך הפעולה קצר. קיימים מקרים בהם לא ניתן לקבל מספיק רקמה לבדיקה ויש צורך לחזור על הפעולה פעם נוספת. בהתחשב בגיל המטופל ובסוג הדיקור יוחלט על הצורך במתן הרדמה.

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: _____

FINE NEEDLE ASPIRATION / NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY * בביצוע על הצורך

מ - _____ (להלן: הבדיקה העיקרית).

ציין שם האיבר

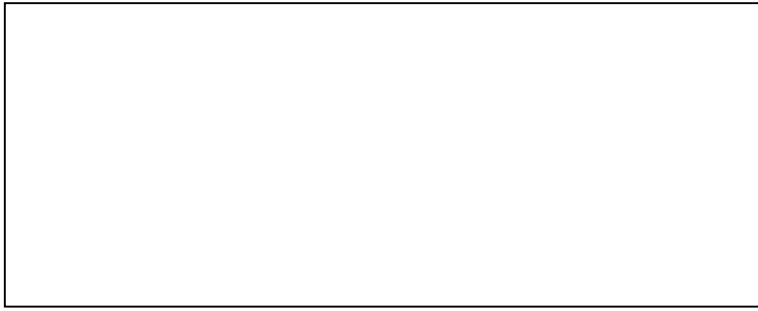
הוסבר לי שבמהלך הבדיקה צפויים תחושה של אי נוחות וכאב באזור הדיקור. לעיתים, במקום הדיקור מופיע שטף דם מקומי.

כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הבדיקה העיקרית, לרבות: כאבים ממושכים, זיהום במקום הדיקור ו/או באיבר המטרה, דמם נמשך, אשר בחלק מהמקרים יצריך אשפוז להשגחה. לעיתים רחוקות יצריך הדמם עירווי דם או ניתוח לעצירת הדמם. לעיתים נדירות תיגרם פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול. במקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלו להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה העיקרית או לאחריה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה, או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואו, אך משמעותו הובהרה 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 הבדיקה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הבדיקה העיקרית בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית 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 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