

טופס הסכמה: החדרת קפסולה למעי הדק

גלולת הווידאו הינה בגודל גלולת ויטמינים גדולה, העוברת במערכת העיכול על-ידי תנועת המעייים הטבעית, בדומה לכל מזון שאנו אוכלים. הגלולה משדרת תמונה של פנים מערכת העיכול, וזו נקלטת במקלט הנישא על החגורה, ומפוענחת מאוחר יותר על-ידי הרופא. השימוש בגלולה יכול לאפשר למטופל/ת לנוע בחופשיות, לקצר את משך האיבחון ולהקטין את הסיכון בסיבוכים.

שיטת הבדיקה – לאחר צום של 12 שעות, תעבור/י במכון בדיקה מקיפה לפני בליעת הגלולה. להערכת מצבך לאחר מכן תתבקש/י לבלוע גלולה שגודלה כגודל גלולת ויטמין. בנוסף, מקלט בגודל דומה לזה של דיסקמן יוצמד לגופך. משך הפרוצדורה הינו כשבע שעות. במהלך השעה הראשונה לאחר הבליעה תתבקש/י להישאר באזור המחלקה. לאחר מכן תורשה/י לעזוב את המכון ולחזור 8 שעות מאוחר יותר) כלומר 9 שעות מזמן הבליעה (לשם החזרת המקלט. עם שחרורך תתבקש/י לבדוק אם הגלולה יצאה מגופך בצואה, ולדווח על מועד יציאתה למכון. במקרה שאינך בטוח/ה לגבי יציאת הגלולה, תוזמן/י למכון מספר ימים לאחר מכן על-מנת לעבור צילום רנטגן, כדי לוודא אם הגלולה אכן יצאה.

פרטי החולה _____:

שם משפחה שם פרטי שם האב מס. ת.ז.

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

שם משפחה שם פרטי

על הצורך בביצוע סקירת מערכת העיכול על-ידי ווידאו קפסולה ואיבחון מחלות במעי הגס. הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרון וחסרון, תופעות הלוואי שלהן והסיבוכים האפשריים. אי-הנוחות שעלולה להיגרם בזמן הניסוי, הינה אי-נעימות שבבליעת גלולה ונשיאת המקלט. אי-נוחות נוספת היא איתור הגלולה בצואה. הבדיקות החילופיות לגלולה הינן אנדוסקופיה, לפרסקופיה או צילומי בריום. סיבוכים העלולים להיגרם בעקבות בליעת הגלולה: הגלולה עלולה להיתקע בהיצרות במעי, אולם בניסיון שהצטבר בעולם בשימוש בגלולות דומות) המיועדות למטרות אחרות (על-ידי אלפי משתמשים, תופעה זו הינה בשיעור 0.75% בלבד.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך, שהבדיקה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך שעה חתימת החולה

אני מאשר/ת כי הסברי בעל-פה לחולה/אפוטרופוס *את כל האמור לעיל, בפירוט הדרוש, וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה חותמת חתימה מס. רשיון