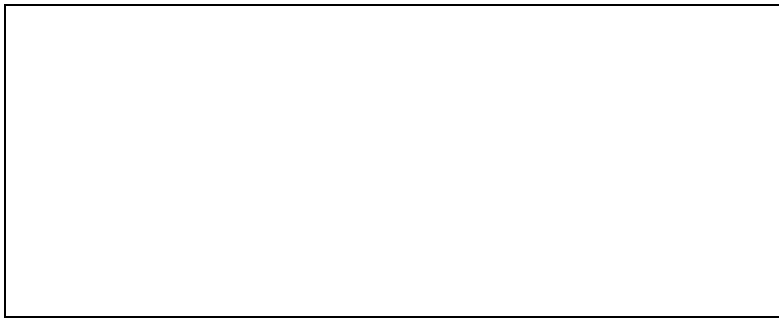


טופס הסכמה : ניטור חומציות הושט 48 hour pH monitoring

האנדוסקופ הינו צינור גמיש, המאפשר הסתכלות אופטית, ובתוכו תעלות, דרכן ניתן להעביר מכשירים. אורכו של האנדוסקופ כ – 1.20 קוטרו 1 ס"מ. לפני הבדיקה תקבלי תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי-הנוחות שבבדיקה. האנדוסקופיה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב על צידו השמאלי. האנדוסקופ מוחדר דרך הפה. משך הבדיקה נע, בדרך כלל, בין 15 דקות לשעה. במשך הבדיקה תיתכן הרגשה של אי-נוחות ונפיחות בבטן. ניטור חומציות (pH Bravo monitoring) מתבצע בטכנולוגיה מתקדמת ללא צורך בצנרת חיצונית לגוף. באמצעות אנדוסקופ מוחדרת קפסולה מיוחדת, הנצמדת לוושט התחתון. הקפסולה משדרת למקלט חיצוני את רמת החומציות בוושט במהלך יומיים. תוצאת רישום החומציות נקראת ומפוענחת בתוכנת מחשב. הקפסולה נושרת מאליה מדופן הוושט ויוצאת ממערכת העיכול באופן ספונטני. הקפסולה אינה מפריעה לאכילה או שתיה. לעיתים עלולים להיגרם אי נוחות/כאב בחזה. ישנה אפשרות שיהיה עיכוב בנשירת הקפסולה מדופן הוושט ואז יש צורך במעקב רנטגני ו/או אנדוסקופי. מכשיר המקלט יקר ערך, ועליך לשמור עליו, להימנע מחבטות, לא להביאו במגע עם מים. יהיה עליך לנהל מעקב ורישום על סימפטומים שמופיעים במהלך הבדיקה.

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 בביצוע גסטרוסקופיה טיפולית, עם החדרת קפסולה מסוג BRAVO והצמדתה לרירית הושט. כמו-כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות כאב, אי נוחות ותחושה של נפיחות בבטן. כמו-כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום או קרע של דופן מערכת העיכול, אשר בחלק מהמקרים יצריכו תיקון ניתוחי. בבדיקת דרכי העיכול העליונות עלול להיגרם נזק לשיניים, עקב החדרת המכשיר דרך הפה. הסיבוכים האמורים אינם שכיחים.			
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 משמעותם 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 הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרגעה ואילחוש 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 יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח 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
--------------------	---------------	------------
