

גרסה 08/16

טופס הסכמה ל

דיקור אבחנתי של בלוטת הערמונית - ביופסיה
NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY OF
THE PROSTATE GLAND

דיקור אבחנתי של הערמונית מבוצע במטרה לקבל דגימת רקמה או תאים לצורך קביעת אבחנה ו/או להעריך את מידת השינויים/דרגת המחלה בבלוטת הערמונית ומידת התפשטות המחלה. הדיקור מתבצע על ידי שימוש במחט המיועדת למטרה זו. בדרך כלל מתבצע הדיקור תחת אמצעי הדמיה לרוב הדמיית על קול (אולטראסאונד) דרך פי הטבעת. בעזרת המחט, המוחדרת בהנחיית אולטראסאונד נשאבים תאים/רקמה ונמסרים לבדיקה ציטולוגית, בדיקה פתולוגית ו/או תרבית.

ברוב המקרים משך הפעולה מספר דקות. קיימים מקרים בהם לא ניתן לקבל מספיק רקמה לבדיקה ויהיה צורך לחזור על הפעולה פעם נוספת.

בהתחשב בגיל המטופל ובסוג הדיקור יוחלט על הצורך במתן הרדמה. בחלק מהמקרים תבוצע ההרדמה המלווה פעולה זאת באופן (הקף בעיגול את המתאים):

ללא הרדמה / כללית / אזרית / מקומית

שם החולה:

Blank space for patient name

שם משפחה שם פרטי ת.ז. שם האב

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

Blank space for doctor's name

שם משפחה שם פרטי

על הצורך בביצוע דיקור אבחנתי של בלוטת הערמונית – ביופסיה NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY OF THE PROSTATE GLAND (להלן: הטיפול העיקרי).

כמו כן, הוסברו לי החלופות הקיימות לטיפול העיקרי.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הבדיקה, לרבות: כאב ואי נוחות, כאבים ממושכים באזור פי הטבעת, צריבה במתן השתן ודמם נמשך מפי הטבעת או בשתן. בימים שלאחר הבדיקה עלול להופיע דם בנוזל השפיכה. תופעה זו איננה מדאיגה ונפסקת מאליה ללא טיפול.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות זיהום בדרכי השתן ובערמונית העלול לגרום לצורך באשפוז בבית חולים לשם טיפול, דמם נמשך מפי הטבעת או בשתן העלול בחלק מהמקרים לגרום בצורך באשפוז להשגחה. לעיתים רחוקות יצריך הדמם עירוי דם או ניתוח לעצירת הדמם. בעקבות הביופסיה עלולה להיגרם עצירת שתן ואי יכולת להשתין עצמונית- מצב שיצריך ניקוז השלפוחית באמצעות צנתר, לתקופה מסוימת. לעיתים נדירות תיגרם פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול ניתוחי.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך האבחון העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש, אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הפעולה העיקרית.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדום.

אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע ומסכים לכך שהבדיקה וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
-----------------------------	--

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסבריי במלואם.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

שם המתרגם/ת	קשריו לחולה
-------------	-------------