

תאריך: _____

הזמנה לבדיקת ברונכוסקופיה

שם: _____

שם משפחה: _____

ת"ז: _____

מטופל/ת יקר/ה,

הינך מוזמן/ת לבדיקת ברונכוסקופיה (קוד פעולה: 55305)

בתאריך: _____ ביום: _____ בשעה: _____

ברונכוסקופיה הינה בדיקה המבוססת על צפייה מבעד למכשיר אופטי שמוחדר דרך האף לתוך הסימפונות בריאות. מטרת הבדיקה הינה לסייע לרופא לאבחן מצבים מסוימים ובמידת הצורך לטפל בהם.

הנחיות ליום הבדיקה

1. יש להביא טופס 17 לאשפוז יום

2. יש להביא תרשים א.ק.ג.

3. יש להביא CT חזה ו/או צילומים רלוונטיים

4. עליך להיות בצום משעה 24:00 בלילה שלפני הבדיקה (לא לאכול ולא לשתות).

5. אם את/ה נוטלת תרופות נוגדות קרישה כגון, אספירין, קומדין, יש להפסיק את לקיחתן שבוע לפני הבדיקה.

חשוב להדגיש: אין להפסיק נטילת תרופות ללא התייעצות עם רופא המשפחה!

6. חל איסור לנהוג ברכב לאחר הפעולה, מכיוון שבמהלך הבדיקה יינתנו תרופות הגורמות לטשטוש. לפיכך, חובה להגיע עם מלווה (הבדיקה לא תתאפשר ללא נוכחות מלווה)

7. בתום הבדיקה תישאר/י להתאוששות כשעה

8. אם את/ה מעשן/ת, מומלץ להפסיק לעשן 24 שעות לפני הבדיקה

9. במקרה שאינך יכול/ה להגיע במועד לבדיקה שנקבעה לך, את/ב מתבקש/ת להודיע לנו בטלפון: 08-9441437

10. בבוקר הבדיקה יש לגשת למכון ריאות, בניין מרפאות חוץ, קומה 4 כדי לקבל את התיק הרפואי שלך מהמזכירה.

בהצלחה ואיחולי בריאות שלמה!

צוות המכון למחלות ריאה

מרכז רפואי קפלן

מצוינות רפואית קרובה לבית

רפואה קרובה. מרכז רפואי קפלן ת.ד. 1 רחובות מיקוד 76100
טלפון 08-9441437 פקס 08-9441063 www.KMC.org.il

שם הטופס: LUN-BronchoscopyInv-0001-23072014.docx

