

טופס הסכמה: אנדוסקופיה של מערכת העיכול

GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותצלול דרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר.

אורכו של האנדוסקופ נע בין 1.20 ל- 1.80 מטר, קוטר 1 ס"מ, וניתן בעזרתו לבדוק את מערכת העיכול העליונה והתחתונה. בדרך כלל, לפני הבדיקה, מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי הנוחות שבבדיקה. הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב על צידו השמאלי. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול עליונות, (אזופגוסקופיה, גסטרוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול תחתונות (סיגמואידוסקופיה, קולונוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך פי הטבעת. בהמשך מוחדרים דרכו מכשירים בהתאם לפעולות הנדרשות. משך הבדיקה נע, בדרך כלל, בין 15 דקות לשעה. במשך הבדיקה קיימת הרגשה של אי נוחות ונפיחות בבטן.

שם החולה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

על הצורך בביצוע _____

שם הפעולה _____

איבחונית ו/או טיפולית לרבות לקיחת ביופסיה, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר.* פרט טיפול אחר _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרון, חסרון, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים האפשריים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ותחושה של נפיחות בבטן. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום או קרע של דופן מערכת העיכול, אשר בחלק מהמקרים יצריכו תיקון ניתוחי. בבדיקת דרכי עיכול עליונות עלול להיגרם נזק לשיניים עקב החדרת המכשיר דרך הפה. הסיכונים האמורים אינם שכחים.

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 ביצוע הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות 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, שנוי 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 שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו ביד מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
_____	_____	_____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת שהסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון
_____	_____	_____

* מחקי/ את המיותר