

## DILATATION OF ESOPHAGUS

## טופס הסכמה: הרחבת ושת

הרחבת ושת מבוצעת בשל היצרות המפריעה לבליעה ולמעבר מזון. קיימות מספר שיטות להרחבת ושת חלקן באמצעות אנדוסקופ. לעתים, לאחר ההרחבה, יהיה צורך בהכנסת תומך (Stent) על מנת לשמר את המעבר.

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים דרכם ניתן לראות תעלות להעברת מכשירים לצורך איבחון וטיפול. קיימים סוגים שונים של מכשירים אנדוסקופיים. להרחבת הושת משתמשים בגסטרוסקופ.

1. הרחבת ושת פניאומטית - בשיטה זו מוחדר הגסטרוסקופ דרך הפה עד לאזור היצרות, אם ניתן לעבור את האזור המצור, יכנס הגסטרוסקופ עד לקיבה. דרך אחת מתעלות העבודה של המכשיר מועבר תייל מוליך מתכתי אל מעבר לאזור היצרות. הגסטרוסקופ מוצא, ועל התייל המוליך שנותר בושת מולבש צנור שבקצהו בלונגית. הבלונגית ממוקמת באזור היצרות בעזרת שיקוף רנטגן, או בהסתכלות ישירה דרך הגסטרוסקופ. הבלונגית מנופחת בלחץ לזמן קצוב על מנת להרחיב את היצרות.

במהלך הפעולה מקבל החולה תרופות הרגעה ואילחוש מקומי בלוע. לעיתים יש לחזור על הפעולה פעם או פעמיים נוספות. הסיכון האופייני לפעולה זו הוא התנקבות הושת ב- 5% מהחולים

2. הרחבת ושת לא פניאומטית - גם בשיטה זו מוחדר הגסטרוסקופ דרך הפה עד לאזור היצרות ואם ניתן עד לקיבה. דרך הגסטרוסקופ מועבר מוליך מתכתי אל מעבר להיצרות אליו מולבשת סדרת צנתרים מרחיבים בקוטר עולה, המרחיבים בהדרגה או היצרות. במהלך הפעולה מקבל החולה תרופות הרגעה ואילחוש מקומי בלוע. לעיתים יש לחזור על פעולה זו מספר פעמים. סיכון נדיר שעלול להיגרם במהלך הפעולה הוא התנקבות הושת.

3. הרחבת ושת לא אנדוסקופית - בשיטה זו מוחדרים מרחיבים העשויים מגומי גמיש, שלא באמצעות גסטרוסקופ, אל מעבר היצרות. בכל הרחבה משתמשים בסדרת מרחיבים בקוטר עולה עד להשגת מעבר בקוטר סביר. במהלך הפעולה ניתנים חומרי אילחוש מקומי בלוע. סיכון נדיר שעלול להיגרם במהלך הפעולה הוא התנקבות הושת. סיכון של התנקבות הושת יצריך בחלק מהמקרים תיקון ניתוחי. החדרת מכשירים דרך הפה עלולה לגרום נזק לשיניים.

שם החולה:	שם פרטי	שם האב	ת. ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____			
שם משפחה _____			
שם משפחה שם פרטי _____			

על הצורך בביצוע הרחבת ושת באמצעות \_\_\_\_\_ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי המהלך החזוי והתוצאות המקוות לרבות האפשרות שיהיה צורך לחזור על פעולת ההרחבה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי במהלך הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: נזק לשיניים עקב החדרת המכשירים ולעיתים רחוקות התנקבות הושת שתצריך תיקון ניתוחי מידי או מאוחר יותר. 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 משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שנוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם /או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיכונים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

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 בידי 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 ובכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוסו 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' רשיון

\* מחקי את המיותר