

מדבקת המטופל

גרסה 08/16

טופס הסכמה ל

**בדיקה אורודינמית של דרכי השתן**  
**URODYNAMIC EVALUATION**

הערכה אורודינמית היא בדיקה של תפקוד דרכי השתן התחתונות (שלפוחית השתן והסוגר). בבדיקה נמדדים הלחצים בשלפוחית השתן וחלל הבטן, זרימת השתן ולפי הצורך גם הפעילות החשמלית של הסוגר.

בבדיקה תוכנס בצורה סטרילית צינורית דקה לשלפוחית השתן, לאחר מכן תוכנס צינורית דומה לפי הטבעת או לנרתיק או לסטומה, למדידת הלחצים בחלל הבטן. במקרים מסוימים יחוברו גם מדבקות, או מחטים זעירות לעור סביב פי הטבעת למדידת הפעילות החשמלית של הסוגר. דרך הצינורית בשלפוחית יוזרם נוזל סטרילי למילוי השלפוחית והנבדק/ת יתבקש/ת לתבקש לדווח על התחושות במהלך המילוי וההשתנה כאשר הצינוריות יישארו במקומן עד לסיום הבדיקה. הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק/ת שוכב/ת פרקדן, יושב/ת או עומד/ת. כאשר הבדיקה מבוצעת בשילוב עם שיקוף רנטגן יש לדווח לבדוק לפני הבדיקה אם יש אפשרות שהינך בהריון.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

שם החולה:

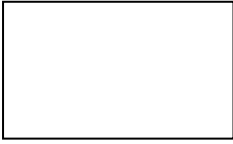
שם משפחה      שם פרטי      ת.ז.      שם האב

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

שם פרטי      שם משפחה

על הצורך בביצוע בדיקה אורודינמית של דרכי השתן (להלן: הטיפול העיקרי). כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי (הערכה לא פולשנית לפי החלטת הרופא המפנה לבדיקה).





מדבקה המטופל

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הבדיקה האורודינמית של דרכי השתן לרבות, כאב קל ואי נוחות, צריבה ותכיפות בהטלת שתן ואף יתכן שתן דמי. תופעות אלה הינן זמניות וברוב המקרים חולפות תוך כ 24 שעות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הבדיקה האבחנתית, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הבדיקה כגון: הרחבת השופכה במקרים של היצרות, או השארת צנתר לאחר הבדיקה ואני נותן/ת את הסכמתי לכך.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: עצירת שתן שתצריך הכנסת צנתר לשלפוחית בשתן, זיהום בדרכי השתן ו/או המין מלווה בחום, צמרמורת ודימום שעלולים להצריך טיפול אנטיביוטי ואף אשפוז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הבדיקה האורודינמית של דרכי השתן יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות טיפוליות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש, אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הבדיקה האורודינמית של דרכי השתן.

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

אם הבדיקה האורודינמית תבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר 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/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה האורודינמית של דרכי השתן 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.



חתימת המטופל

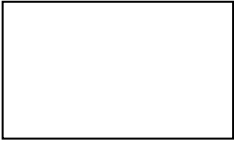
שעה

תאריך



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ  
מקצועות מודנס





מדבקת המטופל

---

חתימת אפוטרופוס  
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפוטרופוס  
(קירבה למטופל)

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.

---

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

---

קשריו לחולה

שם המתרגם/ת