

טופס הסכמה : בדיקה אנדוסקופית של כיס השתן CYSTOSCOPY

ציסטוסקופ הינו מכשיר קשיח או גמיש שבתוכו טלסקופ, באמצעותו ניתן לסקור את כיס השתן ודרכו ניתן להעביר מכשירים וצנתרים שונים לצורך פעולות אבחון וטיפול כמו : לקיחת ביופסיות, כריתת גידולים, הוצאת אבנים, קרישי דם ועוד. כמו כן ניתן להעביר דרכו צנתרים שונים לצורך פעולות אבחון וטיפול בשופכנים ובכליות. המכשיר מוחדר דרך השופכה לגברים, בדרך כלל בהרדמה מקומית ובמקרה הצורך בהרדמה אזורית או כללית ולנשים ברוב המקרים, ללא הרדמה.

הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב פרקדן או על גבו ורגליו מורמות ומקופלות בפיסוק על גבי תומכים.

שם החולה: _____

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

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

שם פרטי

שם משפחה

על הצורך בביצוע ציסטוסקופיה **אבחנתית** ו/או **טיפולית**.* פרט אפשרויות הטיפול המתוכנן

(להלן : "הבדיקה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הבדיקה העיקרית לרבות כאב, אי נוחות, צריבה ותכיפות בהטלת שתן ושתן דמי. תופעות אלו זמניות וברוב המקרים חולפות תוך כ- 24 שעות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה העיקרית כאבחנתית, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות כגון : ביופסיה מגידול, צריבת נקודות מדממות או חשודות לגידול והרחבת השופכה במקרים של היצרות. כמו כן עלול להתעורר צורך בהחדרת צנתרים שונים לצורך פעולות אבחון וטיפול נוספות.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות : זיהום בדרכי השתן, ו/או המין המלווה בחום, צמרמורת ודימום שיצריכו אשפוז. סיבוכים נוספים, אם כי נדירים, כוללים, פגיעה בדרכי השתן התחתונות עד כדי התנקבות והיצרות השופכה, שיצריכו התערבות כירורגית בהרדמה לצורך תיקון. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי

הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הבדיקה העיקרית בהרדמה אזורית או כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

ידוע לי כי עירוני דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופריציפיטט

ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוני 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 ו/או

מרכיביו המיועדים לעירוני 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) - ובאיידס(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, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות. לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירווי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים יעשו 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 בכפוף לחוק.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

חתימת המטופל

שעה

תאריך

שם האפוטרופוס חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוסו של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה