

טופס הסכמה: הכנסת צינור האכלה לקיבה דרך דופן הבטן - גסטרוסטומיה בשיטה אנדוסקופית PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY - PEG

הכנסת צינור האכלה לקיבה נעשית במקרים בהם אין אפשרות של אכילה או של מעבר המזון דרך הושט.

הפעולה נעשית כאשר המטופל שוכב על גבו. בשלב ראשון מוכנס אנדוסקופ דרך הפה עד לקיבה. האנדוסקופ הוא מכשיר גמיש באורך כ- 1.20 מטר ובקטר של כ- 1 ס"מ שבחוכו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותעלות שדרכן ניתן להעביר מכשירים. לפני הכנסת האנדוסקופ מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי.

לצורך ביצוע הגסטרוסטומיה מוחדר, דרך חתך קטן בדופן הבטן העליונה משמאל, חוט מוליך הנתפס על ידי האנדוסקופ ומרצא דרך הפה. דרך הפה מוחדר צינור האכלה המועבר על ידי אותו חוט ומרצא מתוך דופן הבטן באזור החתך. בסוף הפעולה נמצא קצהו האחד של הצינור בתוך הקיבה וקצהו השני מתוך לדופן הבטן. דרך פתח זה יחדר המזון. על מנת למנוע זיהום כתוצאה מהחדרת הגסטרוסטום דרך דופן הבטן מקבל החולה טיפול אנטיביוטי בסמוך לביצוע הפעולה. משך הפעולה כ- 30 דקות והיא כרוכה באי נוחות ובתחושה של נפיחות בבטן.

שם התולה:

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

על הצורך בביצוע גסטרוסטומיה בשיטה אנדוסקופית לצורך האכלה (להלן: "הטיפול העיקרי").
הוסבר לי החליף הכנסת הגסטרוסטום והתופעות הכרוכות בביצוע הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ונפיחות בבטן. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום בעור וברקמות הרכות ושאיפה של רוק והפרשות לרובי הנשימה אשר יצריכו טיפול. במקרים נדירים יתכן דימום או קרע של דופן מערכת העיכול ודליפה של תוכן הקיבה לחלל הבטן באזור כניסת הגסטרוסטום אשר יצריכו תיקון ניתוחי בהרדמה מלאה.

אני נתן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.
ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופריציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב נחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להתלמח וריפוי של המטופל. הדם ו/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. כתגובות 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 שהכנסת 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) - ובאירוס (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.
כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאתרוי 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 כודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלרעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאתרוי.
הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרגעה ואילחוש מקומי לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות חלב בעיקר אצל חולי לב וחוולי 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 שהרבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו 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 ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה