

## טופס הסכמה לביצוע ברונוסקופיה בילדים

ברונוסקופיה פיבראופטית גמישה מתבצעת לצורך אבחון וטיפול במחלות בדרכי הנשימה והריאות. הפעולה מתבצעת בהרדמה כללית או טשטוש (סדציה) וכן במתן הרדמה מקומית של האף והלוע ע"י תרסיס. ההרדמה הכללית מבוצעת ע"י רופא מרדים, או ע"י רופא טיפול נמרץ ילדים והיא נעשית תחת ניטור צמוד של דופק, קצב נשימה, מדידת רווי החמצן במדידה רציפה.

במהלך הברונוסקופיה הגמישה מוחדר צינור פיבראופטי דק דרך האף או דרך הפה, אל תוך קנה הנשימה והסימפונות ונבדקים דרכי הנשימה. לעיתים מתבצעת שטיפה של דרכי הנשימה והריאות לצורך גילוי של חיידקים, פטריות, וירוסים או מזהמים אחרים. בסיום הבדיקה החולה מושאר/ת להשגחה עד להתעוררות מלאה.

נוכחות ההורים והמלווים מומלצת ומתאפשרת בחדר הפעולה עד להירדמות מלאה של החולה. לאחר מכן ההורים והמלווים יתבקשו לעזוב את חדר הבדיקה עד לסיום הבדיקה ויקראו לשוב לחדר לקראת ההתעוררות מההרדמה. במרבית המקרים מתבצעת הקלטה של הבדיקה על גבי CD על מנת לתת הסבר להורים על תוצאותיה וכן על מנת לשמור את הבדיקה למקרה של צורך בהערכה חוזרת בעתיד.

**פרטי הנבדק: שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_**

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ על הצורך בביצוע ברונוסקופיה. אני מצהיר/ה כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הבדיקה, לרבות כאב ואי נוחות באף או בלוע. כמו כן, הוסבר לי על הסיבוכים האפשריים של הבדיקה, לרבות חוס, קוצר נשימה, ושיעול לאחר סיום הבדיקה. הוסבר לי גם כי סיבוכים קשים שהם נדירים ביותר כגון וכוללים בין השאר התפתחות חזה אויר או דימום ריאתי.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע ברונוסקופיה פיבראופטית גמישה. כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה, או מיד אחריה, יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים, או נוספים, של הצלת חיים, כגון הנשמה בעזרת צינור בתוך הקנה. אני מסכים גם לאותם הליכים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים במהלך הטיפול או לאחריו. הסכמתי ניתנת גם לביצוע ההרדמה או טשטוש (סדציה) והרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים של ההרדמה, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרגעה וההרדמה.

אני יודעת/ם ומסכים/ה לכך שהבדיקה וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית-החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית-החולים, בכפוף לחוק.

### תמצית ההסבר שניתן למטופל:

---



---



---



---



---



---

הערות: \_\_\_\_\_

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה \_\_\_\_\_

נוכחים בשיחה: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל \_\_\_\_\_

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.

שם הרופא וחתימה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_