

טופס הסכמה לביצוע ברונוסקופיה (Bronchoscopy)

ברונוסקופיה מתבצעת לצורך אבחון וטיפול במחלות של דרכי הנשימה והריאות. הפעולה מתבצעת תחת טשטוש ובהרדמה מקומית של האף והלוע ובאמצעות החדרת צינור פיברואופטי דק דרך האף או הפה אל תוך קנה הנשימה והסימפונות.

במהלך הבדיקה נבדקים דרכי האוויר ולעיתים אף נלקחות דגימות מהריאה (ביופסיות או שטיפות של נוזל) לצורך גילוי זיהומים, גידולים או מחלות ריאה אחרות. כאשר הברונוסקופיה טיפולית, מבוצע לעיתים ניקיון של דרכי הנשימה מהפרשות, דימומים או הוצאת גופים זרים. לעיתים מתבצעת הרחבה או פתיחה של הסמפונות על ידי לייזר או החדרת תותבים (סטנטים) ובמקרים מסוימים מחדירים צינור לצורך מתן הקרנה תוך סימפונית(ברכיטרפיה).

שם משפחה של המטופל שם פרטי של המטופל שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה על הצורך בברונוסקופיה

מד"ר _____
שם משפחה שם פרטי

אני מצהיר/ה כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב או אי נוחות באף או בלוע.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הברונוסקופיה לרבות דליפת אוויר (אוורת החזה), דימום מהביופסיה, חום או קוצר נשימה. הוסבר לי גם כי במקרים נדירים יתכן דימום חזק או קוצר נשימה מדליפת האוויר וכן שבמקרים נדירים ביותר סיבוכים אלו עלולים להסתיים במוות.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים של הצלת חיים כמו הנשמה בעזרת צינור בתוך הקנה. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה או ביצוע של הליכים אחרים או נוספים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים במהלך הטיפול או לאחריו.

ידוע לי כי עירוני דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופראציפיט 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 עירוני דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע טשטוש והרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הטשטוש.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי 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:

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