

טופס הסכמה: בדיקה אנדוסקופית של כיס השתן CYSTOSCOPY

ציסטוסקופ הינו מכשיר קשיח או גמיש שבתוכו טלסקופ, באמצעותו ניתן לסקור את כיס השתן והשופכה ודרכו ניתן להעביר מכשירים וצנתרים שונים לצורך פעולות איבחון וטיפול כמו: לקיחת ביופסיות, כריתת גידולים, הוצאת אבנים, קרישי דם ועוד. כמו כן ניתן להעביר דרכו צנתרים שונים לצורך פעולות איבחון 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 בפסוק על גבי תומכים.

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ציסטוסקופיה אבחנתית ו/או טיפולית*. פרט אפשרויות הטיפול המתוכנן _____ (להלן: "הבדיקה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הבדיקה העיקרית לרבות כאב, אי נוחות, צריכה ותכיפות בהטלת שתן ושתן דמי. תופעות אלה 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, צריכת נקודות מדממות או חשודות לגידול והרחבת השופכה במקרים של היצרות. כמו כן עלול להתעורר צורך בהחדרת צנתרים שונים לצורך פעולות איבחון וטיפול נוספות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום בדרכי השתן ו/או המין מלווה בחום, צמרמורת ודימום שיצריכו אשפוז. סיכונים 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 לבצוע הרדמה מקומית, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הבדיקה העיקרית בהרדמה אזורית ו/או כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו 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.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)	

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
------------	---------------	-----------

*מחק/י את המיותר