

טופס הסכמה : אנדוסקופיה של מערכת העיכול GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבחניו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותעלות דרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריכת נקודות דם, טיפול ברליות הוצאת גוף וזר...
אורכו של האנדוסקופ נע בין 1.20 ל 1.80 מטר, קוטר 1 ס"מ, וניתן בעזרתו לברוק את מערכת העיכול העליונה והתחתונה. בדרך כלל, לפני הבדיקה, מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי הנחות שבבדיקה.
הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב על צידו השמאלי. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול עליונות (אוזופגוסקופיה, גסטרוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול תחתונות (סיגמואידוסקופיה, קולונוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך פי הטבעת.
בהמשך מחדרים דרכי מכשירים בהתאם לפעולות הגדרשות. משך הבדיקה נע, בדרך כלל, בין 15 דקות לשעה. במשך הבדיקה קיימת הרגעה של אי נוחות ונפיחות בבטן.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ד. _____

אני מצהירה/ומאשרת/בואת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בביצוע _____ איבחנית /או טיפולית לרבות לקיחת ביופסיה, כריתת פוליפים, צריכת נקודות דם, טיפול ברליות והוצאת גוף וזר* . פרט טיפול אחר _____

(להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרונן, חסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים האפשריים.
אני מצהירה/ומאשרת/בואת כי הוסבר לי והתועת הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ותחושה של נפיחות בבטן, כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום או קרע של דופן מערכת העיכול, אשר בחלק מהמקרים יצריכו תיקון ניתוחי. בבדיקת דרכי עיכול עליונות עלול להיגרם נזק לשיניים עקב התזרת המכשיר דרך הפה. הסיכונים האמורים אינם שכחים.
אני נותנת/בואת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה/ומאשרת/בואת כי הוסבר לי ואני מבין/שקיימת אפשרות שתוך ביצוע הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יתברר שיש צורך להרחיב את הטיפול, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק נוספי, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות אך במלואם, אך משמעותם הבהירה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שנוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.
הסכמתי ניתנת בואת גם למתן תרופות הרגעה ואילחוש מקומי לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר המאלחש.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו ביד מי שהדבר ייטל עליי, 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 האפטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשרת/הסכמתי בעל פה לחולה/לאפטרופוס של החולה * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הכינה את הסכמי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רישיון _____

*מחקר/ את המיותר



התכרה ניהול סיכונים ברפואה בע"מ

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית

