

בשעות  
הבוקר

# הכנה ע"י PICOLAX לבדיקת קולונוסקופיה

פרטי התקשרות מכון גסטרו

טל: 04-8300905 | פקס: 04-8300909

יאר כ"ץ 12 חיפה

[gastro@elishahospital.com](mailto:gastro@elishahospital.com) | [www.elishahospital.com](http://www.elishahospital.com)

**מטופל/ת יקר/ה:**

הנך מוזמן/ת לבדיקת של דרכי העיכול התחתונות - קולונוסקופיה. קולונוסקופיה היא בדיקת פנים המעי הגס לשם איתור מקור דמם, מחלות מעי דלקתיות וגידולים שפירים או ממאירים.

**סיבות אפשריות להפניה לבדיקה:**

כאבי בטן, שינוי בהרגלי פעולת המעי, חוסר דם, דימום מפי הטבעת, ירידה במשקל וגילוי מוקדם ומניעה של סרטן המעי הגס. מטרת הבדיקה היא לאבחן ו/או לטפל במחלות המעי ולעיתים מבצעים במהלך הבדיקה פעולות כמו ביופסיה או כריתת פוליפ. פעולת הכריתה אינה מכאיבה.

**חובה להקפיד על הוראות ההכנה,** הבדיקה משתנה בהתאם לניקיון המעי וההכנה המדוקדקת, ובהתאם למבנה המעי הגס. בדרך כלל נמשכת הפעולה כ-20-30 דקות. סיבוכי הבדיקה הם נדירים וכוללים התנקבות המעי ודמם (בעיקר במקרים שבהם מתבצעת כריתת פוליפ).

יש להגיע למזכירות המכון (קומה 1) 15 דקות לפני זמן הרשום בהזמנה לבדיקה. לידיעתך, אנו משתדלים לקבל את המטופלים לפי השעה הרשומה בהזמנה, אך לעיתים הסדר משתנה בהתאם לשיקולים רפואיים. **הינך מוזמן/ת לשעה משוערת. אין אנו מתחייבים כי הטיפול יבוצע מיידית.** משך הבדיקות והטיפולים לעיתים חורג בצורה משמעותית מהצפוי.

התחייבות כספית  
מתאימה  
(לבי"ח אלישע)  
טופס 17



הפנייה מרופא  
מטפל



תעודה  
מזהה



יש להצטייד ב

**יש לקרוא בעיון את "טופס הסכמה מדעת" שנשלח יחד עם הזמנה זו (בהמשך).**

לפני הבדיקה חובה לחתום על טופס זה לאישור ביצוע הפעולה. החתימה תתבצע במעמד הבדיקה ולאחר הסבר חוזר של הרופא. במקרה שבו המטופל/ת אינו כשיר/ה לחתום על הסכמה מדעת, נדרשת **חובת נוכחות** של אפוטרופוס ביום הפעולה. על האפוטרופוס להגיע בצירוף כתב מינוי תקף מבית המשפט ותעודת זהות.

**אם אינך יכול/ה להגיע לבדיקה אנא הודע/י על כך בהקדם למזכירות המכון.**

## הוראות לקראת הבדיקה:

- **לא ניתן לבצע את הבדיקה באם הנך נוטל/ת תרופות לדילול דם/נוגדות קריש** (פלביקס / אליקוויס / קומדין / פרדקסה או אחרות), לכן יש להפסיק את הטיפול 4-5 ימים לפני בדיקה. עליך להתייעץ עם רופא המשפחה שלך או קרדיולוג 10 ימים לפני הבדיקה כדי שיתכנן אתך את הפסקת התרופה ואם יש צורך לטיפול חלופי (כגון קלקסן). **אין צורך להפסיק שימוש באספירין.**
- **אם יש לך קוצב לב מלאכותי PACEMAKER** עליך לפנות לרופא קרדיולוג לקבלת הנחיות לגבי הקוצב בבדיקה ולהביא אתך ביום הבדיקה תעודה של הקוצב.
- **אם את/ה סובל/ת מסוכרת**, עליך להתייעץ עם רופא המטפל בסוכרת לקבלת הנחיות מדויקות ללקיחת התרופות לסוכרת ביום שלפני הבדיקה וביום הבדיקה (כולל התאמת מינון במטופלים באינסולין). הנחיות אלה חשובות למניעת ירידות ועליות חדות בסוכר, במצבים שעלולים לשבש ואף לדחות את הבדיקה.
- **אם את/ה נוטל/ת תכשירי ברזל לטיפול באנמיה או פחם** יש להפסיק נטילתם 7 ימים לפני הבדיקה.
- ניתן לקחת תרופות אחרות עד ארבע שעות לפני הבדיקה עם מעט מים.
- אם את/ה סובל/ת מאלרגיה לתרופות / ממחלה הגורמת לדימום / ממחלה מדבקת - נא הודיע/י לאחות בזמן הקבלה למכון ולרופא/ה הבודק/ת לפני ביצוע הבדיקה.
- **ההכנה לבדיקה:** ההכנה מתחילה שלושה ימים לפני הבדיקה (72 שעות) ומתבוססת על שימוש בתכשיר משלשל הגורם לפעילות מעיים בתדירות גבוהה ועל כלכלה מיוחדת (ראו המלצה לכלכלה בהמשך הדף). ביום לפני הבדיקה יש לשתות את החומר המשלשל שניתן לך (פיקולקס). המרשם לפיקולקס ניתן דרך רופא המשפחה.
- **להכנה זו חשיבות מרבית מכיוון שרק ניקיון מוחלט של חלל המעי מאפשר בדיקה מדויקת ומהימנה.**

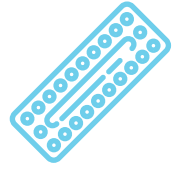
הפסקת תכשירי ברזל ומדללי דם באישור רופא מטפל בלבד (פלביקס / אליקוויס / קומדין / פרדקסה או אחרות)	<b>5-7 ימים לפני בדיקה</b>
- דיאטה לפי הוראות מצורפות בדף 4 - 2 כדורי Laxadin בערב (בשעה 20.00)	<b>שלושה ימים לפני בדיקה (72 שעות לפני בדיקה)</b>
- 2 כדורי Laxadin בערב (בשעה 20.00) - המשך הדיאטה לפי ההוראות המצורפות	<b>יומיים לפני בדיקה (48 שעות לפני בדיקה)</b>
ארוחת בוקר קלה (תה ופרוסת לחם), ולאחר מכן נוזלים צלולים בלבד. בשעה 14:00 לשתות שקית פיקוסלקס מעורבת בכוס מים. בשעה 20:00 לשתות שקית שניה של פיקוסלקס.	<b>יום לפני בדיקה (24 שעות לפני בדיקה)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• יש למלא ספל במים קרים. לרוקן תכולת שקית אחת לכוס</li><li>• לערבב אותה במשך 2-3 דקות עד המסה מלאה ולשתות. במידה והתמיסה מתחממת יש לחכות עד שהיא מתקררת מספיק כדי לשתות.</li><li>• חובה לשתות בין 1.5-2 (לא פחות!!! מותר יותר!!!) ליטר מים או נוזלים צלולים במשך 4 שעות לאחר נטילת כל שקית. (כל 15 דקות-כוס מים)</li></ul>	<b>הוראות הכנה פיקוסלקס</b>
לשתות רק נוזלים צלולים עד שעתיים לפני הבדיקה. באם הבדיקה מתבצעת בהרדמה כללית (על פי שיקול רפואי) חובה להפסיק לשתות עד 6 שעות לפני הבדיקה.	<b>יום הבדיקה</b>

- **חשוב:** יש לשתות את החומר עד תום על מנת להשיג תוצאות מרביות. יש להקפיד על שתייה מרובה כדי לגרום לפעולת מעיים.
- לאחר שהתחלת לשתות את החומר צפויה להתחיל פעילות מעי מוגברת

## ביום הבדיקה

### חובה להגיע לבדיקה עם מלווה.

- צום - אין לאכול, יש להפסיק לשתות שעתים לפני הבדיקה.
- אם הינך סובל/ת מיתר לחץ דם או ממחלות לב את/ה מתבקש/ת ליטול את התרופות הקבועות שלך עד שעתים לפני הבדיקה.
- יש להביא את כל התרופות הרגילות ובמיוחד את תרופות הסוכרת כדי ליטול אותן לפי הצורך לאחר הבדיקה.
- מומלץ ללבוש בגד נוח.
- יש להסיר תכשיטים לפני הבדיקה. (בית החולים לא אחראי על אובדן תכשיטים).



## מהלך הבדיקה

- הבדיקה מתבצעת באמצעות צינור גמיש שבקצהו מצלמת וידאו הנקרא קולונוסקופ. המכשיר יוחדר לדרך פי הטבעת, לכל אורכו של המעי הגס, לשם בדיקתו.
- על מנת להפחית את אי הנוחות בזמן הבדיקה, תינתן לך זריקת הרגעה לתוך הוריד.
- במהלך הבדיקה תתבקש/י לשכב על צד שמאל כשהבריכים כפופות אל הגוף. בזמן הבדיקה תיתכן תחושת לחץ או אי נוחות עקב ניפוח המעי באוויר, שנעשה לצורך בדיקת מראה רירית המעי ודפנותיו - תחושה זו זמנית בלבד.



## לאחר הבדיקה

- תישאר/י להשגחה בחדר התאוששות לפחות שעה - בהתאם לסוג הפעולה שעברת.
- אכילה ושתיה מותרים כחצי שעה לאחר הבדיקה. אישור לכך יינתן ע"י האחות.
- מכתב מסכם יינתן ע"י הרופא הבודק, למסירה לרופא המטפל שלך.
- אם נלקחו דגימות במהלך הבדיקה תקבל הנחיות לפני שחרורך מהמכון באשר לאופן קבלתן.
- שחרור מהמחלקה יעשה רק עם מלווה.
- אסור לנהוג ברכב 12 שעות לאחר הבדיקה עקב השפעה מאוחרת של חומרי ההרגעה.
- מומלץ לא לבצע פעולות הדורשות ערנות וחדות חושים כמו חתימה על מסמכים חשובים.
- אם חל שינוי כלשהו במצבך, או שיופיעו סימנים כגון: בחילה, הקאה, הפרעה נשימתית, כאבים עזים במיוחד, דימומים וכו' יש להגיע לחדר מיון עם ד"ח בדיקה שבוצעה.



**אנו מאחלים לך בהצלחה והחלמה מהירה  
צוות מכון גסטרואנטרולוגיה**

# הכנה תזונתית לבדיקת קולונוסקופיה

## בשעות הבוקר

לפני הבדיקה	קבוצת מזון	מותר לאכול	אסור לאכול
3 ימים לפני הבדיקה	לחם, מאפים ומיני דגנים	לחם לבן, פיתה, באגט, קרקרים מקמח לבן, פתיתים מקמח לבן, סולת, תפוז"א ללא קליפה בכמות קטנה, דגני בוקר מקמח לבן בלבד, כמו: קורנפלקס צהוב, צ'ריוס מקמח לבן	1. דגנים מלאים המכילים סיבים: לחם שחור / חי / חיטה מלאה, שיפון, כוסמת, בורגול, קינואה, דוחן, שעורה, שיבולת שועל, תירס, אורז, פופקורן, דגני בוקר מקמח מלא, גרנולה 2. קטניות: שעועית, חמוס, אפונה, עדשים, פול, פולי סויה 3. דגני בוקר מחיטה מלאה או המכילים פירות או אגוזים
	ירקות ופירות	מיצי פירות מסוננים	ירקות ופירות טריים או מבושלים, פירות יבשים
	שומנים	חמאה, מרגרינה, שמן, מיונז	1. זיתים, אבוקדו, טחינה, שוקולד, חמאת בוטנים, חלבה, קוקוס 2. פיצוחים: גרעינים, אגוזים, שקדים, בוטנים, שומשום, פיסטוקים
	בשר, דגים וביצים	עוף, דגים, הודו, ביצים, מרק עוף / בקר צלול	בשר בקר, כל נתח בשר עשיר בשומן, תחליפי בשר על בסיס סויה
	חלב ומוצריו	כל מוצרי החלב עד 5% ללא חתיכות פרי	
	שונות	דבש, ריבה חלקה ללא חתיכות פרי	קפה שחור
	ארוחת בוקר יום לפני הבדיקה	דייסת סולת, לבן, גבינה, ג'לי, ביצה קשה, לחם לבן	כל השאר
לאחר ארוחת הבוקר יום לפני הבדיקה	רק נוזלים צלולים*: מים, תה (אפשר עם סוכר), תה צמחים, חליטות תה, קפה נמס ללא חלב/שמנת/סויה, מרק צח, סודה * נוזלים צלולים - נוזלים שניתן לראות דרכם	כל אוכל מוצק	

# מידע לגבי קבלת סדציה (טשטוש)

## סדציה ושיכוך כאב לפרוצדורות רפואיות

סדציה היא הליך של טשטוש והרגעה של מטופל, שמבוצע על ידי תרופות. במקביל לתרופות הגורמות לטשטוש והרגעה, ניתנות גם תרופות מונעות כאב. חלק מהשפעת התרופות הניתנות במהלך סדציה הן מניעת הזיכרון הכואב, של הפעולה שעליך לעבור.

מטרת מסמך זה היא לספק מידע כתוב לגבי הסיכונים והיתרונות והאפשרויות הנוספות לביצוע הפעולה הנ"ל. מסמך זה נוסף ואיננו תחליף לשיחתך עם הרופא מבצע הפעולה. **אם יש לך שאלות נוספות לאחר קריאת מסמך זה אל תהסס לפנות אל הרופא. הפעולה:** סדציה ושיכוך כאב כרוכים במתן תרופות לפני תוך כדי ואחרי הפרוצדורה **על מנת להפחית חרדה וכאב.**

הסיכונים הצפויים מהסדציה הם בדרך כלל קלים מאוד, אך לעתים רחוקות מאד יכולים להיות סיכונים קשים.

<b>יתרונות</b> הנך עשוי ליהנות מהיתרונות הבאים:	<b>1. הפחתת כאב</b>	<b>2. טשטוש</b> ומצב נפשי רגוע	<b>3. זיכרון</b> מניעת זיכרון טראומטי מהפעולה	<b>4. שיפור</b> בשיתוף הפעולה
----------------------------------------------------	---------------------	-----------------------------------	--------------------------------------------------	----------------------------------

אין בידי הרופא אפשרות להבטיח יתרונות אלה.

<b>סיכונים</b> חלק מהסיכונים העלולים לקרות כתוצאה מהסדציה:	<b>1. דיכוי נשימה</b>	<b>2. ירידה</b> בלחץ הדם / דופק	<b>3. תגובות</b>	<b>4. עירנות</b>
נשימתך יכולה להיות איטית מהרגיל עד לרמה מסוכנת של הפסקת נשימה. מצב זה עלול לגרום לצורך בהכנסת צינור לקנה (טובוס) באופן זמני עד לירידת רמת התרופות או אפילו לזמן ממושך יותר.	יכולה להיות ירידה בלחץ הדם או הדופק שתחייב מתן נוזלים ו/או תרופות לוריד.	תרופות ההרדמה עלולות לגרום לבחילות, הקאות, התכווצויות, הלוצינציות, תגובה אלרגית, חום, פריחה, שינוי בקצב הלב (אריטמיה), הדורש טיפול תרופתי, דום לב או תרדמת.	לעיתים יש צורך במתן תרופות הנוגדות את פעילות תרופות ההרדמה, מצב זה עשוי לגרום ליתר ערנות במהלך הפרוצדורה.	תרופות הנוגדות את פעילות תרופות ההרדמה, מצב זה עשוי לגרום ליתר ערנות במהלך הפרוצדורה.

יש להבין כי הסדציה באה להקל עליך, אך בפניך עומדת האפשרות של ביצוע הפרוצדורה המתוכננת ללא סדציה או שיכוך כאב. במידה והחלטת לעבור את הפעולה עם סדציה, עליך לחתום מטה. במידה ועדיין קיימות שאלות, יש לפנות לרופא טרם החתימה.

## אלטרנטיבות

שם הרופא	חתימת הרופא	תאריך ושעה
שם המטפל / שם האפטופוס	חתימת המטפל / שם האפטופוס	תאריך ושעה

**שים לב!** ביצוע פעולת טשטוש מצריכה נוכחות מלווה. הנהיגה אסורה במשך 8-12 שעות לאחר ביצוע הפעולה.

# טופס הסכמה: אנדוסקופיה של מערכת העיכול

## GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותעלות דרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דמם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר.

אורכו של האנדוסקופ נע בין 1.20 ל-1.80 מטר, קוטרו 1 ס"מ, וניתן בעזרתו לבדוק את מערכת העיכול העליונה והתחתונה. בדרך כלל, לפני הבדיקה, מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אלחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי הנחות שבבדיקה.

הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב על צידו השמאלי. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול עליונות (אזופגוסקופיה, גסטרוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול תחתונות (סיגמואידוסקופיה, קולונוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך פי הטבעת. בהמשך מוחדרים דרכו מכשירים בהתאם לפעולות הנדרשות. משך הבדיקה נע, בדרך כלל, בין 15 דקות לשעה. במשך הבדיקה קיימת הרגשה של אי נוחות ונפיחות בבטן.

פרטי  
החולה

שם פרטי	שם משפחה	שם האב	ת.ז.
שם פרטי	שם משפחה		

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ על הצורך בביצוע \_\_\_\_\_ איבחוניתי ו/או טיפולית לרבות לקיחת ביופסיה, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דמם, שם הפעולה \_\_\_\_\_

טיפול בדליות והוצאת גוף זר\* / פרט טיפול אחר \_\_\_\_\_ (להלן: "הטיפול העיקרי").  
הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרונן, חסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים האפשריים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ותחושה של נפיחות בבטן. כמו כן, הוסברו 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 החדרת המכשיר דרך הפה. הסיכונים האמורים אינם שכיחים.

### אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך ביצוע הטיפול העיקרי או מיד לאחריו 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 בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה 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 בזאת 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/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו ביד 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 האפוסטרופוס	(קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין / קטין / חולה נפש)

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

\* מחק את המיותר

שם הרופא	חתימת הרופא	מס' רשיון
----------	-------------	-----------

