

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 דם, 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 הרגעה של אי נוחות ונפיחות בבטן.

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 _____ איבחוניית ו/או טיפולית לרבות לקיחת ביופסיה, כריתת פוליפים, צריבת שם הפעולה
נקודות דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר.* פרט טיפול _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרונן, חסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיבוכים 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 הסיבוכים 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. הסיבוכים 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 ייעשו ביד מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך שעה חתימת החולה

שם האפוסטרופוס (קירבה) חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או 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.

שם הרופא/ה חתימת הרופא/ה מס' רישיון
*מחקי את המיותר

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 היתרונות והאפשרויות הנוספות לביצוע הפעולה הנ"ל. מסמך זה נוסף ואיננו תחליף לשיחות 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 מאוד יכולים להיות סיכונים קשים.

יתרונות

הנך עשוי ליהנות מן היתרונות הבאים:

1. הפחתת כאב
2. טשטוש ומצב נפשי רגוע
3. מניעת זיכרון טראומטי מהפעולה
4. שיפור בשיתוף הפעולה

אין בידי הרופא אפשרות להבטיח יתרונות אלה.

סיכונים

להלן חלק מהסיכונים העלולים לקרות כתוצאה מהסדציה:

1. **דיכוי נשימה** – 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.
2. יכולה להיות **ירידה בלחץ הדם או הדופק** שתחייב מתן נוזלים ואו תרופות לוריד.
3. תרופות ההרדמה עלולות לגרום **לבחילות הקאות התכווצויות, הלוצינציות, תגובה אלרגית, חום, פריחה, שינוי בקצב הלב (אריתמיה), הדורש טיפול תרופתי, דום לב או תרדמת.**
4. לעיתים יש צורך במתן תרופות הנוגדות את פעילות תרופות ההרדמה, מצב זה עשוי לגרום ליתר ערנות במהלך הפרוצדורה

אלטרנטיבות

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.

שם / חותמת הרופא	חתימת הרופא	תאריך	שעה
שם המטופל / שם האפוסטרופוס (קרבה)	חתימת המטופל / חתימת האפוסטרופוס	תאריך	שעה

שים לב!

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