

טופס הסכמה: אנדוסקופיה עם אולטראסאונד של מערכת העיכול

EUS – אולטראסאונד אנדוסקופי

בדיקת אולטראסאונד אנדוסקופי (EUS), היא בדיקה המשלבת אנדוסקופיה (הסתכלות פנימית) ואולטרה-סאונד. המכשיר האנדוסקופי הגמיש מוחדר לתוך הגוף בחללים הטבעיים, כמו דרך הפה – לושט, לקיבה ולתריסריון (EUS עליון), או דרך פי הטבעת אל הרקטום (EUS תחתון). בעזרתו אנו סוקרים את הנעשה בדופן מערכת העיכול ומעבר לה. במקרים מסוימים, כאשר מתעורר צורך קליני, ניתן ליטול דגימה באמצעות מחט עדינה, המוחדרת דרך המכשיר האנדוסקופי, לצורך בדיקה במיקרוסקופ.

הבדיקה מבוצעת תוך כדי מתן זריקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, ואורכת כחצי שעה – משעה. חובה לשוב הביתה עם מלווה. הנהיגה אסורה במשך 12 שעות, עקב השפעה מאוחרת של חומרי ההרגעה.

מס. תעודת זהות

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט באל פה מד"ר _____ על הצורך בביצוע EUS אבחוני ו/או טיפולי, לרבות לקיחת ביופסיה. כמו-כן 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 העיכול העליונות עלול להיגרם נזק לשיניים, עקב החדרת המכשיר דרך הפה. הסיכונים האמורים נדירים. 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 מהלך 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, שינוי 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 ואלחוש 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 שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך + שעה: _____

חתימת החולה _____

חתימת האפוסטרופוס _____ (קירבה)

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר, כי הסברתי 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.

מס. רשיון

שם הרופא/ה (חותמת)