



## טופס הסכמה: מנומטריה של הושט

### Esophageal Manometry

מנומטריה (מדידת לחצים) בושט הנה בדיקה המיועדת לבדוק את תפקוד הושט ואת הלחצים בסוגרים. הבדיקה מבוצעת לקביעת אבחנה מדויקת של ההפרעות בתפקוד הושט על מנת להתאים את הטיפול הנדרש. תפקוד לא תקין של הושט עלול לגרום לתלונות רבות. התלונות השכיחות הינן: צרבת, כאב בחזה, קושי בבליעה, החוזר תוכן מקיבה לושט. בתחילת הבדיקה תוחדר לאף משחה לצורך הרדמה מקומית. בהמשך, מוחדרת צינורית דקה וגמישה דרך האף אל הושט כשקצה הצינורית בקיבה. תהליך החדרת הצינורית אינו מלווה בכאב, אך תיתכן אי נוחות זמנית. בהמשך המטופל/ת שוכב/ת על הגב. כאשר הצינורית ממוקמת בושט נמדדים הלחצים המופעלים על ידי שרירי הושט והסוגרים, במנוחה ובזמן תנועה, המודגמת בעת בליעת לגימות קטנות של מים. תוצאות המדידה נרשמות במערכת ממוחשבת. סיבוכי הבדיקה הינם נדירים. ייתכן דימום קל מהאף, אי נוחות בגרון. תיתכן תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר המאלחש. באופן נדיר ביותר ייתכן סיבוך של נקב בושט, אשר יצריך תיקון ניתוחי.

שם המטופל:

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

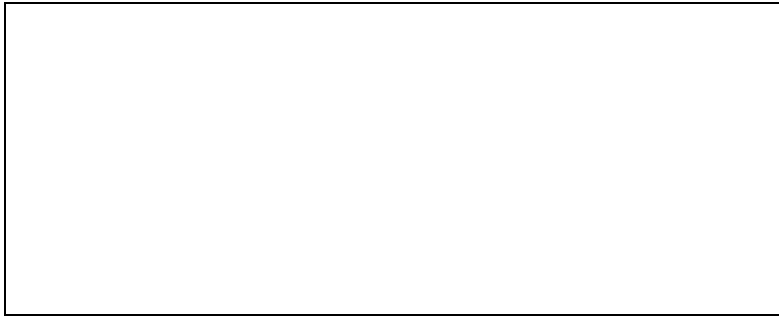
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

על הצורך בביצוע מנומטריה אבחונית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הבדיקה או מיד לאחריה יתברר, שיש צורך 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.

אני יודע/ת 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.



הוסבר לי על יתרונות, חסרונות, תופעות הלוואי של הבדיקה והסיבוכים האפשריים.  
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה.

---

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

---

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
------------------------------	--

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל\* את כל האמור לעיל, בפירוט הדרוש, וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

---

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------

---