



## טופס הסכמה: ברונוסקופיה גמישה FIBEROPTIC BRONCHOSCOPY

הפעולות מתבצעות לצורך אבחון וטיפול מחלות בדרכי הנשימה והריאות. הפעולה מתבצעת תחת טשטוש ובהרדמה מקומית של האף והלוע בתרסיס. לאחר מכן מוחדר הברונכוסקופ, צינור פיברו-אופטי דק וגמיש, דרך האף או הפה אל תוך קנה הנשימה והסמפונות. במהלך הבדיקה נבדקים דרכי האוויר ונלקחות דגימות מהריאה (ביופסיות) לבדיקות מיקרוסקופיות לאבחון ו/או מנוזל שטיפת הסמפונות לצורך גילוי חיידקים, פטריות או וירוסים. ברונוסקופיה טיפולית כוללת ניקוי של דרכי הנשימה מהפרשות, דמומים או הוצאת גופים זרים. לעיתים מתבצעת הרחבה או פתיחה של הסמפונות על ידי לייזר או התקנת תומכן (סטנט) ובמקרים מסוימים מוחדר צינור למטרה הקרנה ישירה לתוך הסמפונות (ברכיתרפיה).

שם המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:			
שם משפחה	שם פרטי		

על הצורך בביצוע ברונוסקופיה (להלן: "הטיפול העיקרי").

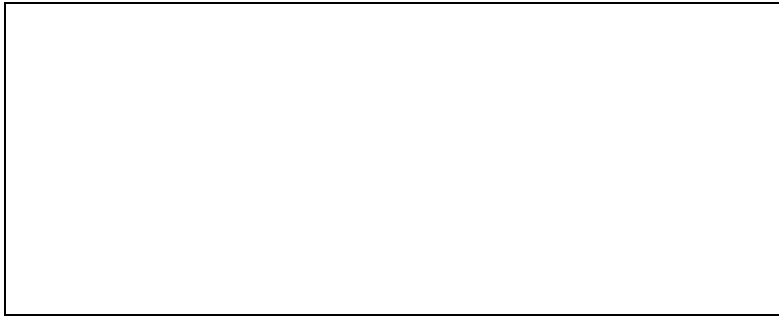
אני מצהיר כי נתן לי הסבר על אופן ביצוע הבדיקה העיקרית, התוצאות והשפעות הלווי של הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות באף ובלוע.

כמו כן הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הברונכוסקופיה לרבות דליפות אוויר (אוורת חזה), דימום מהביופסיה, חום או קוצר נשימה. הוסבר לי גם כי במקרים נדירים ייתכן דימום חזק או קוצר נשימה קשה מדליפת האוויר וכן שבמקרים נדירים ביותר סיבוכים אלו עלולים להסתיים במוות.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים של הצלת חיים כמו הנשמה בעזרת צינור בתוך הקנה. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה או ביצוע הליכים אחרים או נוספים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים במהלך הטיפול או לאחריו.

הסכמתי ניתנה גם לבצוע טשטוש והרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיבוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הטשטוש.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

---

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

---

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפטרופוס 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
--------------------	---------------	------------