



## טופס הסכמה: מנומטריה רקטאלית

### Rectal Manometry

#### מהות הבדיקה:

הבדיקה נועדה להעריך את הלחצים בסוגר של פי הטבעת, את הכוח השרירי של פי הטבעת ואת רגישות חלל הרקטום ללחצים שונים. בדיקה זו מיועדת לבירור עצירות, חוסר שליטה בפי הטבעת (בריחת צואה) כאבים בפי הטבעת או הפרעה בהתרוקנות.

במהלך הבדיקה מוחדר צנתר דק וגמיש עם בלון קטן בקצה לתוך פי הטבעת ונעשה רישום של לחצים בסוגר הפנימי והחיצוני של פי הטבעת. הבדיקה רושמת מצבים שונים של התכווצות והרפיה לאחר ניפוח הבלון לנפחים שונים. משך הבדיקה כ- 15 דקות, היא אינה כואבת ולא דורשת אלחוש.

#### סיבוכים אפשריים:

נדירים ביותר, ייתכן כאב בפי הטבעת, דימום. במקרים נדירים ביותר דווח על קרע ברקטום.

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.

הוסבר לי על יתרונות, חסרונות, תופעות הלוואי שלהן והסיבוכים האפשריים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הבדיקה, כמו-כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: נקב ברקטום, סיבוך נדיר ביותר אשר יצריך תיקון ניתוחי. **אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה.**

כמו-כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבינה/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 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 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
--------------------	---------------	------------