

טופס הסכמה: אורטרוסקופיה URETEROSCOPY

אורטרוסקופ הינו מכשיר קשיח או גמיש המצויד בטלסקופ, באמצעותו ניתן לסקור את דרכי השתן העליונות, ודרכו ניתן להעביר מכשירים שונים כגון מלקחיים, צנתרים עם בלון או סלסלות ומרסקי אבנים מסוגים שונים, לצורך איבחון וטיפול בגידולים, באבנים, בהיצרויות ועוד. המכשיר מוחדר דרך השופכה, בהרדמה מקומית, אזורית או כללית. בתום האורטרוסקופיה יושאר לרוב צנתר פנימי בשופכן, בין הכליה וכיס השתן, על מנת לאפשר ניקוז הכליה עד חלוף הבצקת הנוצרת כתוצאה מהפעולה.

שם המטופל: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____
שם פרטי	שם משפחה		

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

על הצורך בביצוע אורטרוסקופיה **אבחנתית** ו/או **טיפולית***. פרט אפשרויות הטיפול המתוכנן _____

(להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי החלופות האבחנתיות האפשריות בנסיבות המקרה, והסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהן. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות במותן ובשפולי הבטן, תכיפות, דחיפות וצריבה בהטלת שתן ושתן דמי. תופעות אלה הן זמניות וברוב המקרים חולפות תוך כ- 24 שעות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום מלווה בחום; חסימת השופכן כתוצאה מבצקת או פרורי אבנים; התנקבות של השופכן; התפתחות מאוחרת של היצרות השופכן ולעתים נדירות תלישת השופכן. תופעות אלה ניתן לפתור, לרוב, על ידי השארת צנתר בשופכן לתקופה שתנוע בין מספר ימים עד למספר שבועות. במקרים בודדים יידרש ניתוח פתוח. התפתחות היצרות בשופכן עלולה להצריך טיפול נוסף דרך אורטרוסקופ או בניתוח פתוח ובמקרים נדירים עלולה להסתיים בהוצאת הכליה.

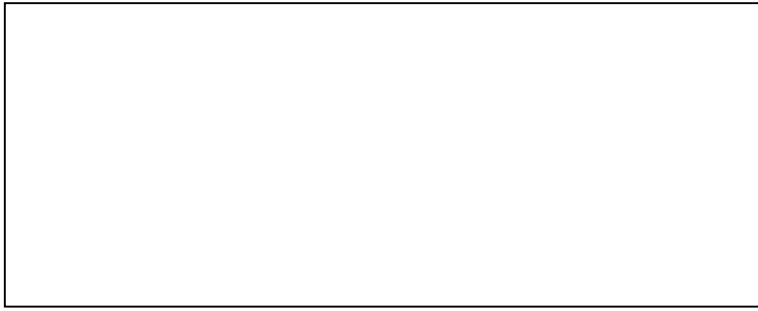
הטיפול הינו חדשני יחסית ולכן יתכנו סיכונים שאינם ידועים היום.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שלקיימת 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, במידת הצורך, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה אזורית או כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדום.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו 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
--------------------	---------------	------------