

בדיקה אורודינמית של דרכי השתן URODYNAMIC EVALUATION

הערכה אורודינמית היא בדיקה של תפקוד דרכי השתן התחתונות (שלפוחית השתן והסוגר). בבדיקה נמדדים הלחצים בשלפוחית השתן וחלל הבטן, זרימת השתן ולפי הצורך גם הפעילות החשמלית של הסוגר. בבדיקה תוכנס בצורה סטרילית צינורית דקה לשלפוחית השתן, לאחר מכן תוכנס צינורית דומה לפי הטבעת או לנרתיק או לסטומה, למדידת הלחצים בחלל הבטן. במקרים מסוימים יחוברו גם מדבקות, או מחטים זעירות לעור סביב פי הטבעת למדידת הפעילות החשמלית של הסוגר. דרך הצינורית בשלפוחית יוזרם נוזל סטרילי למילוי השלפוחית והנבדק/ת יתבקש/ת לתבקש לדווח על התחושות במהלך המילוי וההשתנה כאשר הצינוריות יישארו במקומן עד לסיום הבדיקה. הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק/ת שוכב/ת פרקדן, יושב/ת או עומד/ת.

כאשר הבדיקה מבוצעת בשילוב עם שיקוף רנטגן יש לדווח לבודק לפני הבדיקה אם יש אפשרות שהינך בהריון. צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)
ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

שם המטופלת: _____

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

על הצורך בביצוע בדיקה אורודינמית של דרכי השתן (להלן: הטיפול העיקרי). כמו כן, הוסבר לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי (הערכה לא פולשנית לפי החלטת הרופא המפנה לבדיקה). אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הבדיקה האורודינמית של דרכי השתן לרבות, כאב קל ואי נוחות, צריבה ותכיפות בהטלת שתן ואף יתכן שתן דמי. תופעות אלה הינן זמניות וברוב המקרים חולפות תוך כ- 24 שעות. הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הבדיקה האבחנתית, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הבדיקה כגון: הרחבת השופכה במקרים של היצרות, או השארת צנתר לאחר הבדיקה ואני נותן/ת את הסכמתי לכך. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: עצירת שתן שתצריך הכנסת צנתר לשלפוחית בשתן, זיהום בדרכי השתן ו/או המין מלווה בחום, צמרמורת ודימום שעלולים להצריך טיפול אנטיביוטי ואף אשפוז. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הבדיקה האורודינמית של דרכי השתן יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקות בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות טיפוליות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש, אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הבדיקה האורודינמית של דרכי השתן.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית, ההסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים. אם הבדיקה האורודינמית תבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה האורודינמית של דרכי השתן וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופלת
שם האפוסטרופוס (קירבה למטופלת)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשרת כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפוסטרופוס / למתרגם של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

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