

Assaf Harofeh Medical Center
 Affiliated to Sackler School of Medicine,
 Tel-Aviv University
 Tzerifin 70300, Israel
THE KAMILA GONCZAROWSKI
INSTITUTE OF
GASTROENTEROLOGY, LIVER
DISEASES AND NUTRITION
 Headed by Prof. H. Shirin, M.D
 Tel: 08-9779720/1



E mail:
 haimsh@asaf.health.gov.il

מרכז רפואי אסף הרופא
 מסונף לביה"ס לרפואה ע"ש
 סקלר, אוניברסיטה תל-אביב
 צריפין 70300
המכון לגסטרואנטרולוגיה
 למחלות כבד ותזונה
ע"ש קמילה גונצ'רובסקי
מנהל: פרופ' חיים שירין
 טל: 08-9779720/1

טופס הסכמה - אנדוסקופיה של מערכת העיכול

אנדוסקופיה הינו צינור גמיש המצויד במערכת אופטית המאפשרת לראות את חלל צינור העיכול. במכשיר קיימת "תעלת עבודה" דרכה ניתן להעביר מכשירים לצורך נטילת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דמם וטיפול בדליות. אורכו של האנדוסקופ נע בין 1.20 מטר ל-1.80, קוטר 1 ס"מ, וניתן בעזרתו לבדוק את מערכת העיכול העליונה והתחתונה. בדרך כלל, לפני הבדיקה, מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי על מנת להפחית את תחושת אי הנחות שבבדיקה. האנדוסקופיה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב על צידו השמאלי, כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול עליונות (גסטרוסקופיה, דואודנוסקופיה, אֶזוֹפּוֹסְקוֹפִיָה) מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול תחתונות (קולונוסקופיה, סיגמואידוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך פי הטבעת, בהמשך מוחדרים דרכו מכשירים בהתאם לפעולות הנדרשות. משך הבדיקה נע בין 15 דקות לשעה. במשך הבדיקה קיימת הרגעה של אי נוחות ונפיחות בבטן.

פרטי החולה:

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בע"פ מאת פרופ' / ד"ר _____

שם פרטי שם משפחה

על הצורך בביצוע בדיקת _____ אבחונית / ואו טיפולית לרבות לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דמם וטיפול בדליות, פרט לטיפול אחר _____ (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרונן וחסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיבוכים האפשריים. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ותחושת נפיחות בבטן. כמו כן הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום או קרע של דופן מערכת העיכול אשר בחלק מן המקרים יצריכו תיקון ניתוחי.

בבדיקת דרכי עיכול עליונות עלול להיגרם נזק לשיניים עקב החדרת המכשיר דרך הפה. הסיבוכים האמורים אינם שכיחים. אני נותנת בזאת את הסכמתי לטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט בהליכים אחרים ו/או נוספים לצורך הצלת חיים ו/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 ו/או ביצוע הליכים אחרים ו/או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופת הרגעה ואילחוש מקומי לאחר שהוסבר לי השימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה וכן הסיבוך האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר המאחלש.

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.

חתימת החולה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

קרבה

שם האפוטרופוס

אני מאשר כי הסברתי בעל פה לחולה/ לאפוטרופוס את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

חותמת

חתימת הרופא

שם הרופא