



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 12/16

טופס הסכמה ל

## אנדוסקופיה של מערכת העיכול Gastrointestinal Endoscopy

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים ומצלמת וידאו, דרכם ניתן לראות, ותעלות דרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר.

אורכו של האנדוסקופ נע בין 1.20 ל- 1.80 מטר, קוטרו כ- 1.0 ס"מ וניתן בעזרתו לבדוק את מערכת העיכול העליונה והתחתונה. לפני הבדיקה מקבל הנבדק, בדרך כלל, תרופות הרדמה ו/או טשטוש ו/או אלחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי הנחות שבבדיקה.

כאשר מדובר בבדיקה של דרכי העיכול העליונות (אזופגוסקופיה, גסטרוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי העיכול התחתונות (סיגמואידוסקופיה, קולונוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך פי הטבעת. בהמשך מוחדרים דרכו מכשירים בהתאם לפעולות הנדרשות. משך הבדיקה נע בדרך כלל, בין 15 דקות לשעה. במשך הבדיקה או לאחריה עלולה להיווצר הרגשה של אי נוחות ונפיחות בבטן. יכולת הדיוק ואבחון נגעים בבדיקה תלוי באיכות ההכנה לבדיקה ובמבנה המעי וידוע כי ישנם נגעים אשר אינם מאובחנים גם לאחר בדיקה אנדוסקופית.

**שם הנבדק:**

---

שם משפחה                      שם פרטי                      ת.ז.                      שם האב

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

---

שם פרטי                      שם משפחה

---

תאריך                      שעה                      חתימת המטופל

על הצורך בביצוע \_\_\_\_\_ שם הפעולה  
איבחונית ו/או טיפולית לרבות לקיחת

ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות או אזורי דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר, טיפול אחר \_\_\_\_\_ (להלן "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי קיומן של חלופות אבחנתיות ו/או טיפוליות אחרות, יתרון, חסרון, תופעות הלוואי שלהן והסיכויים האפשריים.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות בגרון (באנדוסקופיה של מערכת עיכול עליונה) ותחושה של נפיחות בבטן.





שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום או קרע/התנקבות של דופן מעי או חלק אחר של מערכת העיכול.

סיבוכים אלה אינם שכיחים, אולם הם עלולים לגרום, בחלק מהמקרים לאשפוז ולטיפולים נוספים ואף לתיקון ניתוחי. בבדיקת דרכי העיכול העליונות עלול להיגרם נזק לשיניים עקב החדרת האנדוסקופ דרך הפה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך ביצוע הטיפול העיקרי או מייד לאחריו כתוצאה מהתנקבות או דימום משמעותי יתברר שיש צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני ואני מסכים/ה גם לביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניות או דרושות כאמור.

הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרדמה ו/או טשטוש ו/או אלחוש מקומי, לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות אלה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר המאלחש.

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

אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי 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 מצהיר/ה בזאת ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר מפורט על הטיפול, הבנתי אותו וניתנו לי תשובות על שאלותיי לשביעות רצוני המלאה.

---



---



---



---

| תאריך | שעה | חתימת המטופל/נבדק |
|-------|-----|-------------------|
|-------|-----|-------------------|

| שם אפוסטרופוס (קירבה למטופל)  | חתימת אפוסטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש) |
|---|---|
| אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס / למתרגם של החולה (נא להקיף בעיגול) את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם. |   |

| שם הרופא (חותמת) | חתימת הרופא | תאריך ושעה |
|------------------|-------------|------------|
|------------------|-------------|------------|

| שם המתרגם/ת | קשריו לחולה |
|-------------|-------------|
|-------------|-------------|

