

טופס הסכמה: בדיקה אנדוסקופית של כיס השתן CYSTOSCOPY

ציסטוסקופ הינו מכשיר קשיח או גמיש שבתוכו טלסקופ, באמצעותו ניתן לסקור את כיס השתן והשופכה ודרכו ניתן להעביר מכשירים וצנתרים שונים לצורך פעולות אבחון וטיפול כמו: לקיחת ביופסיות, כריתת גידולים, הוצאת אבנים, קרישי דם ועוד. כמו כן ניתן להעביר דרכו צנתרים שונים לצורך פעולות אבחון וטיפול בשופכנים ובכליות. המכשיר מוחדר דרך השופכה, לגברים, בדרך כלל בהרדמה מקומית ובמקרה הצורך בהרדמה אזורית או כללית ולנשים ברוב המקרים, ללא הרדמה.

הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב פרקדן או על גבו ורגליו מורמות ומקופלות בפיסוק על גבי תומכים.

שם החולה:

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

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

שם פרטי _____ שם משפחה _____

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

(להלן: "הבדיקה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הבדיקה העיקרית לרבות כאב, אי נוחות, צריבה ותכיפות בהטלת שתן ושתן דמי. תופעות אלה זמניות וברוב המקרים חולפות תוך כ- 24 שעות. הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה העיקרית כאבחנתית, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות כגון: ביופסיה מגידול, צריבת נקודות מדממות או חשודות לגידול והרחבת השופכה במקרים של היצרות. כמו כן עלול להתעורר צורך בהחדרת צנתרים שונים לצורך פעולות אבחון וטיפול נוספות. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום בדרכי השתן ו/או המין מלווה בחום, צמרמורת ודימום שיצריכו אשפוז. סיבוכים נוספים, אם כי נדירים, כוללים, פגיעה בדרכי השתן התחתונות עד כדי התנקבות והיצרות השופכה, שיצריכו התערבות כירורגית בהרדמה לצורך תיקון. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית. הסכמתי ניתנת בזאת גם לבצוע הרדמה מקומית, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הבדיקה העיקרית בהרדמה אזורית ו/או כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של קירבה פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה לילדת/לאפוסטרופוס של החולה * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

*מחק את המיותר