

טופס הסכמה: דיקור אבחנתי של כליה KIDNEY BIOPSY/FINE NEEDLE ASPIRATION

הדיקור מבוצע במטרה לקבל דגימת רקמה או תאים מהכליה, לצורך קביעת אבחנה, ו/או להעריך את מידת השינויים/דרגת המחלה/מידת התקדמות המחלה ו/או להעריך את האפשרויות הטיפוליות למחלה הכלייתית. הדיקור מתבצע על ידי שימוש במחט המיועדת למטרה זו. על פי רוב הדיקור מתבצע תחת אמצעי דימות. בעזרת המחט, נשאבים תאים/רקמה, ונמסרים לבדיקה ציטולוגית, פתולוגית ו/או תרבית ו/או בדיקות נוספות על פי הצורך. ברוב המקרים משך הפעולה קצר. קיימים מקרים בהם לא ניתן לקבל מספיק רקמה לבדיקה ויש צורך לחזור על הפעולה פעם נוספת. בדרך כלל הבדיקה מתבצעת בהרדמה מקומית.

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 **דיקור אבחנתי של הכליה** (להלן: "הבדיקה"). הוסבר לי שבמהלך הבדיקה צפויים תחושה של אי נוחות וכאב באזור הדיקור. לעיתים, במקום הדיקור בעור מופיע שטף דם מקומי, המתבטא בשינוי צבע ורגישות קלה. תופעת לוואי שכיחה לאחר הבדיקה היא דימום בשתן שאינו נראה אלא במיקרוסקופ (מיקרוהמטוריה). תופעת לוואי זאת נעלמת בדרך כלל מעצמה תוך זמן קצר ללא צורך בטיפול. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הבדיקה, לרבות: שתן דמי (מאקרוהמטוריה), שבדרך כלל חולף ללא מתן טיפול. לעיתים רחוקות הדימום יהיה משמעותי ו/או ממושך, ועלול להצריך מתן דם ולעיתים רחוקות ביותר התערבות פולשנית תחת שיקוף רנטגן או התערבות כירורגית. יתכן גם דימום קל מסביב לכליה (המטומה) שבדרך כלל אינו מלווה בתופעות קליניות, אך תתכן ירידה קלה ברמת ההמוגלובין. לעיתים רחוקות ביותר, כתוצאה ממעבר המחט דרך רקמת שומן תת עורית ושריר, יתכן דימום לרקמות הרכות (המטומה) שיתבטא בכאב ובנפיחות במותן. לעיתים נדירות ההמטומה מזדהמת ונדרש טיפול אנטיביוטי ו/או ניקוז כירורגי. לעיתים רחוקות ביותר, תתכן פגיעה בכלי דם חיצוני של הכליה, שגורמת להרחבה מקומית של דופן כלי הדם (אניוריזמה) ועלולה להצריך תיקון כירורגי. קיימת אפשרות שיווצר מעבר בין עורק לווריד קטנים בתוך כליה (AV fistula). בדרך כלל אין לכך משמעות קלינית ורובם ככולם נסגרים מעצמם במשך הזמן. לעיתים נדירות תגרם פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול ו/או ניתוח.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה, או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הבדיקה.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הבדיקה בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה ע"י מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהבדיקה 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 החולה
_____	_____	_____
שם האפוסטרופוס (קירבה)		חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
_____		_____

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

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

* מחקי/את המיותר.