

## טופס הסכמה: בرونכוסקופיה גמישה

### Fiberoptic Bronchoscopy

ברונכוסקופיה גמישה מתבצעת לאבחון וטיפול במחלות דרכי הנשימה והריאות. הפעולה מתבצעת לאחר הרדמה מקומית של האף והלוע ומתן תכשיר הרגעה ("טשטוש") ולוריד. המכשיר מוחדר דרך האף או הפה אל תוך קנה הנשימה והסמפונות.

במהלך הפעולה נבדקות דרכי הנשימה (הסתכלות) ונלקחות דגימות לבדיקה: נוזל שטיפה מעץ הסמפונות או מהרירית המצפה את הסמפונות. לעתים נלקחות דגימות או ביופסיות מהריאה, נשלחות לבדיקה מיקרוסקופית, תרבית או בדיקה ציטולוגית ובמקרה של ביופסיה בדיקה היסטולוגית (רקמתית). הבדיקות הללו מאפשרות זיהוי מחוללים (חיידקים/ פטירות ונגיפים) והן תהליכים הפוגעים בריאות. בرونכוסקופיה טיפולית כוללת ניקוי של דרכי הנשימה מהפרשות ודם הפעולה מאפשרת הוצאת גופים זרים.

לעתים מתבצעת הרחבה או פתיחה של חסימה בסמפונות וניתן לבצע פעולות נוספות בחלל הסמפונות.

שם החולה: \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

הנני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט מד"ר \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על הצורך בביצוע בرونכוסקופיה ואופן ביצועה.

הנני מצהיר כי קיבלתי הסבר על התוצאות המקוות והן על תופעות הלוואי האפשריות של הפעולה, לרבות אי נוחות כאבים באף ובלוע. הן קיבלתי הסבר אודות הסיבוכים האפשריים של הפעולה לרבות אוורת (דליפת אויר), דימום, חום או קוצר נשימה. הוסבר לי שמבקרים נדירים עלול להופיע דימום חזק, או קוצר נשימה קשה, דליפת אויר וכי במקרים נדירים ביותר הסיבוכים הללו עלולים לגרום למוות.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הברונכוסקופיה והפעולות הנלוות.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך כדי הטיפול העיקרי או בסמוך אליו יהיה צורך לנקוט בהליכים להצלת חיים כמו צנור קנה והנשמה מלאכותית, וכי הנני מסכים לאותה הרחבה של הפעילות לביצוע הליכים אחרים או נוספים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים במהלך הבדיקה או לאחריו. הסכמתי ניתנת גם לביצוע אלחוש (הרדמה מקומית) והרגעה ("טשטוש"), לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה לרבות תגובה אלרגית לחומרים בהם ייעשה שימוש.

אני מודעת/ת ומסכים/ה לכך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת /לאפוטרופוס של המטופל\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על טופס ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את דברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מסי רישיון
------------	---------------	------------

\*מחק/י את המיותר