



טופס הסכמה: ברונוסקופיה

FIBEROPTIC BRONCHOSCOPY AND/OR BAL (Broncho Alveolar Lavage)

ברונוסקופיה מתבצעת לצורך אבחון וטיפול מחלות בדרכי נשימה והריאות. הפעולה מתבצעת תחת טשטוש ובהרדמה מקומית. אנו מחדירים צינור פיברואופטי דק דרך האף או הפה אל תוך קנה הנשימה והסמפונות. במהלך הבדיקה נבדקים דרכי האוויר ונלקחות דגימות מהריאה (ביופסיה) או שטיפות של נוזל לצורך גילוי של חיידקים, פטריות או וירוסים. כאשר הברונוסקופיה טיפולית, מבוצע ניקיון של דרכי הנשימה מהפרשות ונלקחות בדיקות מעבדה.

פרטי המטופל/ת:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____ שם האב _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בע"פ מד"ר _____ על הצורך בבצוע ברונוסקופיה. שם משפחה, שם פרטי

אני מצהיר/ה כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות באף או בלוע. כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הברונוסקופיה לרבות אוויר (אוורת חזה) דימום מהפעולה, חום או קוצר נשימה. הסבירו לי גם כי במקרים נדירים יתכן דימום חזק או קוצר נשימה קשה מדליפת האוויר וכן שבמקרים נדירים ביותר סיבוכים אלו עלולים להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מייד לאחריו יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים של הצלת חיים כמו הנשמה בעזרת צינור בתוך הקנה, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה או ביצוע הליכים אחרים או נוספים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים במהלך הטיפול או לאחריו.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע טשטוש, הרגעה או הרדמה, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הטשטוש.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי 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.

ידוע לי שבית החולים הוא בית חולים עם סינוף אוניברסיטאי ובהערכה ובניתוח עשויים ליטול חלק סטודנטים, בפיקוח מלא.

תמצית ההסבר שניתן למטופל/ת:

הערות:

הערת הסכמה – מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך ושעה _____ חתימת המטופל _____ שם האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____ חתימת האפטרופוס _____

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

שם הרופא _____ חתימה _____ מס' רישיון _____