

## הסכמה לבדיקה אורודינמית של דרכי השתן URODYNAMIC EVALUATION

הערכה אורודינמית היא בדיקה של תפקוד דרכי השתן התחתונות (שלפוחית השתן והסוגר). בבדיקה נמדדים הלחצים בשלפוחית השתן וחלל הבטן, זרימת השתן ולפי הצורך גם הפעילות החשמלית של הסוגר. בבדיקה תוכנס בצורה סטרילית צינורית דקה לשלפוחית השתן, לאחר מכן תוכנס צינורית דומה לפי הטבעת או לנרתיק או לסטומה, למדידת הלחצים בחלל הבטן. במקרים מסוימים יחוברו גם מדבקות, או מחטים זעירות לעור סביב פי הטבעת למדידת הפעילות החשמלית של הסוגר. דרך הצינורית בשלפוחית יזרם נוזל סטרילי למילוי השלפוחית והנבדק/ת יתבקש/ת לתבוקש לדווח על התחושות במהלך המילוי וההשתנה כאשר הצינוריות יישארו במקומן עד לסיום הבדיקה. הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק/ת שוכב/ת פרקדן, יושב/ת או עומד/ת.

כאשר הבדיקה מבוצעת בשילוב עם שיקוף רנטגן יש לדווח לבודד, לפני הבדיקה אם יש אפשרות שהינך בהריון. צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: ללא הרדמה/ כללית/ אזורית/ חסימה עצבית/ מקומית (הקף/י בעיגול את המתאים)\*. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה ובהתאם למצבי, לרבות הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה (הערכה לא פולשנית לפי החלטת הרופא המפנה לבדיקה). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הבדיקה האורודינמית של דרכי השתן לרבות: כאב קל ואי נוחות, צריבה ותכיפות בהטלת שתן ואף יתכן שתן דמי. תופעות אלה הינן זמניות וברוב המקרים חולפות תוך כ- 24 שעות. הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הבדיקה האבחנתית, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הבדיקה כגון: הרחבת השופכה במקרים של היצרות, או השארת צנתר לאחר הבדיקה ואני נותן/ת את הסכמתי לכך. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיכונים האפשריים לרבות: אצירת שתן שתצריך הכנסת צנתר לשלפוחית בשתן, זיהום בדרכי השתן ו/או איברי המין המלווה בחום, צמרמורת ודימום שעלולים להצריך טיפול אנטיביוטי ואף אשפוז. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הבדיקה האורודינמית של דרכי השתן יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות טיפוליות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המרכז הרפואי יהיו חיוניים או דרושים במהלך הבדיקה האורודינמית של דרכי השתן.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית, ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים (הקף/י בעיגול את המתאים)\*.

אם הבדיקה האורודינמית תבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיכונים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שהמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי ומוכר להתמחות, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק מתמחים או סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_

שם משפחה      שם פרטי      שם האב      ת.ת

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מהרופא החתום מטה, על ניתוח לתיקון של אי נקיטת שתן

במאמץ. פרט סוג/שם הניתוח והגישה הניתוחית: \_\_\_\_\_

(להלן: "הניתוח העיקרי") \_\_\_\_\_

תאריך      שעה      חתימת המטופל/ת

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת לאפוסטרופוס של המטופל\* את כל האמור לעיל בפרוט 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

שם המתרגם/ת      קשריו למטופל/ת

\*מחקי את המיותר