

**טופס הסכמה:**

**הכנסת צינור האכלה**  
**לקיבה דרך דופן הבטן -**  
**גסטרוסטומיה בשיטה**  
**אנדוסקופית**  
**PERCUTANEOUS**  
**ENDOSCOPIC**  
**GASTROSTOMY - PEG**

מדבקה גדולה

הכנסת צינור האכלה לקיבה נעשית במקרים בהם אין אפשרות של אכילה או של מעבר המזון דרך הושט.

הפעולה נעשית כאשר המטופל שוכב על גבו. בשלב ראשון מוכנס אנדוסקופ דרך הפה עד לקיבה. האנדוסקופ הוא מכשיר גמיש באורך כ-1.20 מטר ובקוטר של כ-1 ס"מ שבתוכו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותעלות שדרכן ניתן להעביר מכשירים.

לצורך ביצוע הגסטרוסטומיה מיוחדת, דרך חתך קטן בדופן הבטן העליונה משמאל, חוט מוליך הנתפס על ידי האנדוסקופ ומוצא דרך הפה. דרך הפה מיוחד צינור האכלה המועבר על ידי אותו חוט ומוצא מחוץ לדופן הבטן באזור החתך. בסוף הפעולה נמצא קצהו האחד של הצינור בתוך הקיבה וקצהו השני מחוץ לדופן הבטן. דרך פתח זה יוחדר המזון.

על מנת למנוע זיהום כתוצאה מהחדרת הגסטרוסטום דרך דופן הבטן מקבל החולה טיפול אנטיביוטי בסמוך לביצוע הפעולה. משך הפעולה כ-30 דקות והיא כרוכה באי נוחות ובתחושה של נפיחות בבטן.

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 גסטרוסטומיה בשיטה אנדוסקופית לצורך האכלה (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסברו לי תהליך הכנסת הגסטרוסטום והתופעות הכרוכות בביצוע הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ונפיחות בבטן.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום בעור וברקמות הרכות ושייפה של רוק והפרשות לדרכי הנשימה אשר יצריכו טיפול. במקרים נדירים יתכנו דימום או קרע של דופן מערכת העיכול דליפה של תוכן הקיבה לחלל הבטן באזור כניסת הגסטרוסטום אשר יצריכו תיקון ניתוחי בהרדמה מלאה.

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 שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו. הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרגעה ואילחוש מקומי לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר המאלחש.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי 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 האפטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_



בס"ד

## מרכז רפואי מעיני הישועה | כירורגית

מרכז רפואי  
מעיני הישועה  
נקודת ציון עם נשמה

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

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

\* מחקי/ את המיותר.

העתקים: תיק מטופל, מטופל