



טופס הסכמה: בדיקת אקו לב דרך הוושט TRANSESOPHAGEAL ECHOCARDIOGRAM (TEE)

הבדיקה בוחנת את מבנה הלב ותפקודו תוך שימוש בגלי על-קול (אולטראסאונד). על מנת לקבל תמונה מפורטת יותר של הלב זמאשר באקו רגיל) מוחדר לקיבה, דרך הוושט, צינור גמיש בקוטר של כ-1 ס"מ (אנדוסקופ) שבקצהו מתמר. הבדיקה מבוצעת לאחר אלחוש מקומי של הלוע בעזרת תרסיס, ובדרך כלל גם הרדמה חלקית ע"י מתן תרופת הרגעה דרך הוריד. הבדיקה מתבצעת בשכיבה על צד שמאל ומשך הבדיקה, בדרך כלל, 10-20 דקות.

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 ושם משפחה

על מהלך בדיקת אקו לב דרך הוושט (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הבדיקה העיקרית, לרבות: בחילה, שיעול חולף או כאב קל בגרון לאחר הבדיקה.

כמו כן, הוסבר לי שהסיכון בבדיקה, אם כי נדיר ביותר, הוא דימום או קרע של הוושט, בעיקר אצל חולים עם היצרות של הוושט ו/או הפרעה בבליעה. במקרים אלו ייתכן צורך לתיקון בניתוח. במקרים נדירים עוד יותר עלול סיבוך זה לגרום למוות.

אצל חולים עם שיניים לא יציבות או עששת של השיניים עלול להיגרם נזר לשיניים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש מקומי באמצעות תרסיס, ולהרדמה חלקית באמצעות הזרקת חומרי הרגעה לווריד לאחר שהוסבר לי שתרופות ההרגעה עלולות לגרום להפרעות בנשימה בעיקר אצל חולי ריאות קשים. כמו כן, הובהר לי שבמצב ההרדמה החלקית תתכן שאיפת תוכן קיבה לריאות בעיקר בנבדקים שאינם בצום.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו 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, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם פרטי ושם משפחה



הרצליה
מדיקל
סנטר

-2-

חתימה	שעה	תאריך
<p style="text-align: center;">X</p> <p>חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)</p>	<p>קרבת האפוטרופוס</p>	<p>שם האפוטרופוס</p>

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

מס' רישיון חתימה וחותמת הרופא/ה שם הרופא/ה

• מחק'י את המיותר