



## טופס הסכמה: ברונכוסקופיה קשיחה (חזיון קנה וסמפונות) / אזופגוסקופיה קשיחה (חזיון ושט)

הפעולות מתבצעות לצורך הסתכלות בבית הבליעה, ושט, קנה וסמפונות, אבחון וטיפול בבעיות כגון: הוצאת גוף זר, ביופסיה מנגע חשוד, כריתת נגעים, לקיחת תרבית, החדרת תומכן (STENT).  
הפעולה מתבצעת על-ידי החדרת צינור ייעודי דרך הפה לקנה הנשימה או לושט.  
הפעולה מתבצעת בהרדמה כללית.

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 הצורך בברונכוסקופיה / אזופגוסקופיה בשל \_\_\_\_\_  
(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימת אפשרות של אי הצלחה בהחדרת הצינור, אי הצלחה בהוצאת הגוף הזר, חוסר אפשרות לכרות נגעים בשלמות, או חזרת המחלה העיקרית ויהיה צורך לחזור על הפעולה או להשיג את המטרה בניתוח פתוח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הפעולה לרבות: כאב ואי נוחות, קשיי בליעה, צרידות זמנית, גניחת דם.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: אי נוחות ממושכת, חבלה בשיניים, שינוי בקול, קושי בבליעה, ניקוב בית הבליעה, ניקוב הושט, ניקוב הקנה, ניקוב הריאה, דימום שעלול לסכן חיים. שימוש בלייזר במהלך הטיפול העיקרי, עלול לגרום לכוויות בחלל הפה ובבית הבליעה, בשפתיים או בפנים.

במקרים נדירים, עלולים חלק מהסיבוכים להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר\*

שם הרופא/ה המנתח/ת

תאריך	שעה	חתימה
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס ( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש )

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

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

\*מחק/י את המיותר.