



טופס הסכמה: הרחבת ושט DILATATION OF ESOPHAGUS

הרחבת ושט מבוצעת בשל היצרות המפריעה לבליעה ולמעבר מזון. קיימות מספר שיטות להרחבת ושט חלקן באמצעות אנדוסקופ. לעתים, לאחר ההרחבה, יהיה צורך בהכנסת תומך (STENT) על מנת לשמר את המעבר.

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים דרכם ניתן לראות תעלות להעברת מכשירים לצורך אבחון וטיפול. קיימים סוגים שונים של מכשירים אנדוסקופיים. להרחבת הושט משתמשים בגסטרוסקופ.

1. הרחבת ושט פניאומטית - בשיטה זו מוחדר הגסטרוסקופ דרך הפה עד לאזור היצרות, אם ניתן לעבור את האזור המוצר, יוכנס הגסטרוסקופ עד לקיבה. דרך אחת מתעלות העבודה של המכשיר מועבר תייל מוליך מתכתי אל מעבר לאזור היצרות. הגסטרוסקופ מוצא, ועל התיל המוליך שנתר בוושט מולבש צנתר שבקצהו בלונית. הבלונית ממוקמת באזור היצרות בעזרת שיקוף רנטגן, או בהסתכלות ישירה דרך הגסטרוסקופ. הבלונית מנופחת בלחץ לזמן קצוב על מנת להרחיב את היצרות. במהלך הפעולה מקבל החולה תרופות הרגעה ואלחוש מקומי בלוע. לעיתים יש לחזור על הפעולה פעם או פעמיים נוספות. הסיבוך האופייני לפעולה זו הוא התנקבות הושט ב- 5% מהחולים.

2. הרחבת ושט לא פניאומטית – גם בשיטה זו מוחדר הגסטרוסקופ דרך הפה עד לאזור היצרות ואם ניתן עד לקיבה. דרך הגסטרוסקופ מועבר מוליך מתכתי אל מעבר להיצרות אליו מולבשת סדרת צנתרים מרחיבים בקוטר עולה, המרחיבים בהדרגה את היצרות. במהלך הפעולה מקבל החולה תרופות הרגעה ואלחוש מקומי בלוע. לעיתים יש לחזור על פעולה זו מספר פעמים. סיבוך נדיר שעלול להיגרם במהלך הפעולה הוא התנקבות הושט.

3. הרחבת ושט לא אנדוסקופית – בשיטה זו מוחדרים מרחיבים העשויים מגומי גמיש, שלא באמצעות גסטרוסקופ, אל מעבר להיצרות. בכל הרחבה משתמשים בסדרת מרחיבים בקוטר עולה עד להשגת מעבר בקוטר סביר.

במהלך הפעולה ניתנים חומרי אלחוש מקומי בלוע. סיבוך נדיר שעלול להיגרם במהלך הפעולה הוא התנקבות הושט. סיבוך של התנקבות הושט יצריך בחלק מהמקרים תיקון ניתוחי. החדרת מכשירים דרך הפה עלולה לגרום נזק לשיניים.

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 בביצוע הרחבת ושט באמצעות _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי המהלך החזוי והתוצאות המקוות לרבות האפשרות שיהיה צורך לחזור על פעולת ההרחבה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי במהלך הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים עקב החדרת המכשירים ולעיתים רחוקות התנקבות הושט שתצריך תיקון ניתוחי מידי או מאוחר יותר. 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 בוודאות או במלואם, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שנוי, 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 ואלחוש 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 יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים העיקריים 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 וכי האחראי על הניתוח יהיה ד"ר:

שם פרטי ושם משפחה

X

חתימה

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס

(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

קרבת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

• מחק'י את המיותר