



טופס הסכמה: אורטרוסקופיה URETEROSCOPY

אורטרוסקופ הינו מכשיר קשיח או גמיש המצויד בטלסקופ, באמצעותו ניתן לסקור את דרכי השתן העליונות ודרכו ניתן להעביר מכשירים שונים כגון מלקחיים, צנתרים עם בלון או סלסלות ומרסקי אבנים מסוגים שונים, לצורך אבחון וטיפול בגידולים, באבנים, בהיצרויות ועוד. המכשיר מוחדר דרך השופכה, בהרדמה מקומית, אזורת או כללית. בתום האורטרוסקופיה יושאר לרוב צנתר פנימי בשופכן, בין הכליה וכיס השתן, על מנת לאפשר ניקוז הכליה עד חלוף הבצקת הנוצרת כתוצאה מהפעולה.

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 אורטרוסקופיה אבחנתית ו/או טיפולית*. פרט אפשרויות הטיפול המתוכנן:

(להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי החלופות האבחנתיות האפשריות בנסיבות המקרה, והסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מהן. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות במותן ובטיפול הבטן, תכיפות, דחיפות וצריבה בהטלת שתן ושתן דמי. תופעות אלה הן זמניות וברוב המקרים חולפות תוך כ-24 שעות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום מלווה בחום; חסימת השופכן כתוצאה מבצקת או פירורי אבנים; התנגקות של השופכן; התפתחות מאוחרת של היצרות השופכן ולעתים נדירות תלישת השופכן. תופעות אלה ניתן לפתור, לרוב, על ידי השארת צנתר בשופכן לתקופה שתנוע בין מספר ימים עד למספר שבועות. במקרים בודדים יידרש ניתוח פתוח. התפתחות היצרות בשופכן עלולה להצריך טיפול נוסף דרך אורטרוסקופ או בניתוח פתוח, ובמקרים נדירים עלולה להסתיים בהוצאת הכליה. הטיפול הנו חדשני יחסית ולכן יתכנו סיבוכים שאינם ידועים היום. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי 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 נוספות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית במידת הצורך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה אזורת או כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.



הרצליה
מדיקל
סנטר

-2-

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

שם הרופא/ה המנתח/ת

X

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

*מחקי/את המיותר.