

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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 איבחון וטיפול בגידולים, באבנים, בהיצרותיות ועוד. המכשיר מוחדר דרך השופכה, בהרדמה מקומית, אזורית 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 כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע אורטרוסקופיה אבחנתית ו/או טיפולית*. פרט אפשרויות הטיפול המתוכנן _____

(להלן: "הטיפול העיקרי"). _____

הוסברו לי החלופות האבחנתיות והטיפוליות 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 מפירורי אבנים; התנקות של השופכן; התפתחות מאוחרת של היצרות השופכן ולעתים נדירות תלישת השופכן. תופעות אלה ניתנות לפתור, לרוב, על ידי השארת צנתר בשופכן לתקופה שתנוע בין מספר ימים עד למספר שבועות. לעיתים רחוקות יש צורך בהחדרה מילעורית של צנתר לכליה (נפרוסטומיה). במקרים בודדים ידרש ניתוח פתוח. התפתחות היצרות בשופכן עלולה להצריך טיפול נוסף דרך אורטרוסקופ או בניתוח פתוח, ובמקרים נדירים עלולה להסתיים בהוצאת הכליה. הטיפול הינו חדשני יחסית ולכן יתכנו סיכונים 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 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 לביצוע הרדמה מקומית, במידת הצורך ובהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.
אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה אזורית או כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.
אני יודעת/מסכים/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 האפוסטרופוס (קירבה) _____ 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 _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____
* מחקי את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד האורולוגים הישראלי

