

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: דיקור אבחנתי

FINE NEEDLE ASPIRATION / NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY

דיקור מבוצע במטרה לקבל דגימת רקמה או תאים, לצורך קביעת אבחנה, ו/או להעריך את מידת השינויים/דרגת המחלה באיבר המטרה ומידת התפשטות המחלה.

הדיקור מתבצע על ידי שימוש במחט המיועדת למטרה זו. לעיתים מתבצע הדיקור תחת אמצעי הדמיה. בעזרת המחט, נשאבים תאים/רקמה, ונמסרים לבדיקה ציטולוגית, בדיקה פתולוגית ו/או תרבית על פי הצורך. ברוב המקרים משך הפעולה קצר. קיימים מקרים בהם לא ניתן לקבל מספיק רקמה לבדיקה ויש צורך לחזור על הפעולה פעם נוספת. בהתחשב בגיל המטופל ובסוג הדיקור יוחלט על הצורך במתן הרדמה.

שם החולה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע * FINE NEEDLE ASPIRATION / NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY
מ" _____ (להלן: "הבדיקה העיקרית").
ציין שם האיבר _____

הוסבר לי שבמהלך הבדיקה צפויים תחושה של אי נוחות וכאב באזור הדיקור. לעיתים, במקום הדיקור מופיע שטף דם מקומי. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיכויים האפשריים של הבדיקה העיקרית לרבות: כאבים ממושכים, זיהום במקום הדיקור ו/או באיבר המטרה, דמם נמשך, אשר בחלק מהמקרים יצריך אשפוז להשגחה. לעיתים רחוקות יצריך הדמם עירוי דם או ניתוח לעצירת הדמם. לעיתים נדירות תגרם פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול. במקרים נדירים ביותר עלולים סיכויים אלו להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה העיקרית או לאחריה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה, או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה 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 הבדיקה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הבדיקה העיקרית בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית 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.

