

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: הדגמה אנדוסקופית של דרכי המרה והלבלב

ERCP – ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY

ERCP היא הדגמה רנטגנית בשיטה אנדוסקופית לצורך איבחון ו/או טיפול בדרכי המרה והלבלב. האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותעלות דרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך איבחון וטיפול. אורכו של האנדוסקופ הוא כ-1.20 מטר וקוטרו כ-1 ס"מ. לפני הכנסת האנדוסקופ מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי. הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב בדרך כלל, על בטנו. האנדוסקופ מוחדר דרך הפה. הדגמת צינורות המרה והלבלב נעשית באמצעות החדרת חומר ניגוד וצילום בעזרת קרני רנטגן. במידה ומזוהות אבנים בדרכי המרה או היצרות של אחד הצינורות, ניתן להוציא את האבנים ולהרחיב את ההיצרות על ידי חיתוך פתח דרכי המרה והלבלב והחדרת מיכשור מתאים המאפשר את הוצאת האבנים ושיפור הניקוז של דרכי המרה והלבלב. יתכן צורך בהכנסת תומך (Stent) על מנת להבטיח את המשך הניקוז. משך הבדיקה נע, בדרך כלל, בין 30 ל-90 דקות. במשך הבדיקה קיימת תחושה של אי-נוחות. בגמר הפעולה עשוי להיות צורך באישפוז, לשם השגחה, ל-24 שעות.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם משפחה	שם פרטי		

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

על הצורך בביצוע ERCP איבחוני ו/או טיפולי לרבות הוצאת אבנים, הרחבת היצרות, חיתוך פתח דרכי המרה והלבלב.* פרט טיפול אחר (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות וטיפוליות, יתרונן וחסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיכויים האפשריים. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שהטיפול העיקרי מלווה בתחושה של אי נוחות. כמו כן, הוסבר לי הסיכויים האפשריים בכל פעולה אנדוסקופית לרבות דימום או קרע של דרכי העיכול אשר בחלק מהמקרים יצריכו טיפול ניתוחי. כן אפשרי שיגרם נזק לשיניים עקב החדרת המכשיר דרך הפה. הוסבר לי הסיכויים האפשריים לרבות: דלקת של הלבלב ולעיתים רחוקות זיהום בדרכי המרה. הסיכויים האפשריים, לעיתים רחוקות, כאשר נעשה חיתוך של פתח דרכי המרה הם דימום והתנקבות התריסרון. סיכון נדיר של ERCP, עם או בלי חיתוך דרכי המרה, הוא מוות. 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 היקף, 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו. הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן חומרי הרגעה ואילחוש 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 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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס 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

*מחקר/י את המיותר

