

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: הכנסת צינור האכלה לקיבה דרך דופן הבטן – גסטרוסטומיה בשיטה אנדוסקופית PEG – PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY

הכנסת צינור האכלה לקיבה נעשית במקרים בהם אין אפשרות של אכילה או של מעבר המזון דרך הושט. הפעולה נעשית כאשר המטופל שוכב בדרך כלל על גבו. בשלב ראשון מוכנס האנדוסקופ דרך הפה עד לקיבה. האנדוסקופ הוא מכשיר גמיש באורך כ-1.20 מטר ובקטר של כ-1 ס"מ שבתוכו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותעלות שדרכן ניתן להעביר מכשירים. לפני הכנסת האנדוסקופ מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי. לצורך ביצוע הגסטרוסטומיה מוחדר, דרך חתך קטן בדופן הבטן העליונה משמאל, חוט מוליך הנתפס על ידי האנדוסקופ ומוצא דרך הפה. דרך הפה מוחדר צינור האכלה המועבר על ידי אותו חוט ומוצא מחוץ לדופן הבטן באזור החתך. בסוף הפעולה נמצא קצהו האחד של הצינור בתוך הקיבה וקצהו השני מחוץ לדופן הבטן. דרך פתח זה יוחדר המזון. על מנת למנוע זיהום כתוצאה מהחדרת הגסטרוסטום דרך דופן הבטן מקבל החולה טיפול אנטיביוטי בסמוך לביצוע הפעולה. משך הפעולה כ-30 דקות והיא כרוכה באי נוחות ובתחושה של נפיחות בבטן.

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 גסטרוסטומיה בשיטה אנדוסקופית לצורך האכלה (להלן: "הטיפול העיקרי").
הוסברו לי תהליך הכנסת הגסטרוסטום ותופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ונפיחות בבטן. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום בעור וברקמות הרכות ושאיפה של רוק והפרשות לדרכי הנשימה אשר יצריכו טיפול. במקרים נדירים יתכנו דימום או קרע של דופן מערכת העיכול ודליפה של תוכן הקיבה לחלל הבטן באזור כניסת הגסטרוסטום אשר יצריכו תיקון ניתוחי בהרדמה מלאה.

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 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 מייד לאחריו.
הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות 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 _____
שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

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



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לגסטרואנטרולוגיה

