

טופס הסכמה לבדיקה אנדוסקופית של כיס השתן

CYSTOSCOPY

MDBKA

כיסטוסקופ הינו מכשיר קשיח או גמיש שבתוכו טלסקופ, באמצעותו ניתן לסקור את כיס השתן והשופכה ודרךו ניתן להעביר מכשירים וצנתרים שונים לצורך פעולות איבחון וטיפול כמו: לקיחת ביופסיות, כריתת גידולים, הוצאה אבנים, קריש דם ועוד. כמו כן, ניתן להעביר דרך צנתרים שונים לצורך פעולות איבחון וטיפול בשופכנים ובכליות, המכשיר מוחדר דרך השופכה, לגברים, בדרך כלל בהרדמה מקומית ובמקרה הצורך איזורית או כללית ולנשים ברוב המקרים, ללא הרדמה. הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב פרקדן או על גבו ורגליו מורמות ומוקפות בפיסוק על גבי תומכים.

ת.ז. _____

שם האב _____

שם פרטי _____

שם משפחה _____ שם המטופל:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבلتني הסבר מפורט בעלפה מרופי/ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על החורף ביצוע ציסטוסקופיה CYSTOSCOPY אבחנתית ו/או טיפולית. פרט אפשרויות הטיפול המתווכן:

(להלן: "הבדיקה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלועאי של הבדיקה העיקרית, לרבות: כאב, אי נוחות, צריבה ותכיפות בהטלת שתן ושתן דמי. תופעות אלה זמניות וברוב המקרים חולפות תוך כ-24 שעות. הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה העיקרית לאבחן, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות כגון: ביופסיה מגידול, צריבת נקודות מדומות או חשודות להידול והרחבת השופכה במקרים של היצרות. כמו כן, עלול להתעורר צורך בחדרת צנתרים שונים לצורך פעולות איבחון וטיפול נוספת.

כמו כן, הוסברו לי הסיכון והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום בדרכי השתן ו/או המין מלואה בחום, צמרמות ודימוס שיצירכו אשפוז. סיבוכים נוספים, אם כי נדירים, כוללים, פגיעה בדרכי השתן התתקנות עד כדי התנקבות והיצרות השופכה, שיצרכו התערבות כירורגית בהרדמה לצורך תיקון. דימום, ולעיתים נדירות פגיעה באיברים פנימיים שתחייב הרחבת הניתוח לצורך תיקון.

אני מונע/ת בזאת, את הסכמי למבצע הבדיקה העיקרית.

הסכםתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיכון האפשריים של הרדמה מקומית לרבות אלרגיה בדרגות שונות לחומר הרדמה. אם יוחלט על ביצוע הבדיקה העיקרית בהרדמה איזורית ו/או כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכימים/ה לכך, שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבב שייעשו באחריות המקובל ב-**medica** בכפוף לחוק.

דועו לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחירות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שميدע שMOVEDER ל-**medica** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודוטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי, טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמייה. פרטיים אישיים ופרטיו התקשורות. אמצעי תשולם ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, וימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הניל' בכספי להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלתיפגע בכלליות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יהולו דיני מדינת ישראל.

בחתימתני מטה אני נ頓 בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי ממופרט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (��יבת)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה /לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/היא חתמתה על הסכמה בפני לאחר שוכחنتי כי הבינה את הסברתי במלואם.

מספר רישוי:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם