



medica

# טופס הסכמה אורתורוסקופיה URETEROSCOPY

## מְדֻבָּקָה

אורטוסקופ הינו מכשיר קשיח או גמיש שבתוכו טלסקופ, באמצעותו ניתן לסקור את דרכי השتن העליונות, ודרךו ניתן להעביר מכשירים שונים מלקחים, צנתרים עם בלון או סלסלות ומרסקי אבנים מסוגים שונים לצורך איבחון וטיפול בגידולים, באבניים, בהצדרויות ועוד.

המקשור מוחדר דרך השופכה, בהרדמה מקומית, אזורית או כללית, בתום האורתוסקופיה יושאר לרובצנטר פנימי בשופכן, בין כליה וכיס השתן, על מנת לאפשר ניקוז הכליה עד חלוף הבזקתה הנוצרת כתוצאה מהפעולה.

• १८

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

ש

שם פרטי

שם המשפחה

• 100 •

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע אורתורוסקופיה URETEROSCOPY אבחנתית ו/או טיפולית. פרט אפשרויות הטיפול המתוכנן:

(להלן: "הבדיקה העיקרית")

הוסבו לי החלטות האבחנתיות האפשריות בסיבות המקרה, והסיכויים והיסוכנים הכרוכים בכל אחד מהן.

אני מצהיר/ה בזאת ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלועאי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות במותן ובשפולי הבطن, תכיפות, דחיפות וצרייה בהטלת שתן ושתן דמי. תופעות אלה זמיניות וברוב המקרים חולפות תוך כ- 24 שעות.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום מלולה בחום, חסימת השופכן כתוצאה מבקשת או פרורי אבנים, התנקבות של השופכן, התפתחות מאוחרת של היצרות בשופכן ולעתים נדירות תליישת השופכן, תופעות אלה ניתן לפחות לרוב, לרבות על ידי השארת צנתר בשופכן לתקופה שתנוון בין מספר ימים עד למספר שבועות, במקרים בוודאים יידרש ניתוח פתוח, התפתחות היצרות בשופכן עלולה להצריך טיפול נוסף דרך אורתוסקופ או ניתוח פתוח ובמקרים נדרים עלולה להסתיים בהוצאה הכלילית. הטיפול הינו חדשני וחסית וכן יתכוו סיבוכים שאינם ידועים היום.

אני נווטן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיים אפשרות שתוקף מהלך הטיפול העיקרי או מיד אחריו, יתרבר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשונותו או לנקטו בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלה חיים, או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות, שלא ניתן לצפותם בעת בודאות או במילואם, אך משמעותם הובירה לי, לפיכך, אני מסכימ/ה גם לאוthon הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושות במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסਮתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, במידת הצורך, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהושברו- ל הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הרדמה.

אם יוחלט על הטיפול העיקרי בהרדמה אゾורית ו/או כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרידים.



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

ידעו לי, ומוסכם, כי לא תחול عليכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכימים לכך שמיידע שMOVVER ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודונטי מכל מקור אחר, לרבות מיידע שנוצר או מופק על ידי המרפא בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמייה. פרטים אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפא במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפא לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות ואות חוק זכויות החולים, תשנ"ו - 1996 (להלן: "חוק זכויות החולים") וכן לצורך (בקשר עם מתן השירות שנינתנים לי ע"י המרפא, ויימסר על ידי המרפא לצדים שלישיים ( לרבות הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלתי פגוע בנסיבות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.

בחתימתה מטה אני נotent בזאת הסכמה מודעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שניוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספיםים אשר יהיו דרושים במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולת נש)

שם האפוטרופוס (קריבת)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה /לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפיירוט הדרוש וכי הוא/היא חתמתה על הסכמה בפני לאחר שוכחنتי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מספר רישון: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

שם הרופא: \_\_\_\_\_

קשריו למטופל

שם המתרגם