

טופס הסכמה לדיקור אבחנתי של בלוטת הערמונית



ביופסיה

NEEDLE BIOPSY/

CORE NEEDLE BIOPSY OF THE PROSTATE GLAND

מדבקה

דיקור אבחנתי של הערמונית מבוצע במטרה לקבל דגימת רקמה או תאים לצורך קביעת אבחנה ו/או להעריך את מידת השינויים / דרגת המחלה בבלוטת הערמונית ומידת התפשטות המחלה. הדיקור מתבצע על ידי שימוש במחט המיועדת למטרה זו. בדרך כלל מתבצע הדיקור תחת אמצעי הדמיה לרוב הדמיית על קול (אולטראסאונד) דרך פי הטבעת. בעזרת המחט, המיוחדת בהנחיית אולטראסאונד נשאבים תאים / רקמה ונמסרים לבדיקה ציטולוגית, בדיקה פתולוגית ו/או תרבית.

ברוב המקרים משך הפעולה מספר דקות. 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.

פעולה זאת תבוצע: ללא הרדמה כללית אזורית חסימה עצבית מקומית

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם המטופל: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע דיקור אבחנתי של בלוטת הערמונית / ביופסיה NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY OF THE PROSTATE GLAND (להלן "הטיפול העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה ובהתאם למצבי, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הבדיקה, לרבות: כאב ואי נוחות, כאבים ממושכים באזור פי הטבעת, צריבה במתן השתן ודמם נמשך מפי הטבעת או בשתן. בימים שלאחר הבדיקה עלול להופיע דם בנוזל השפיקה. תופעה זו איננה מדאיגה ונפסקת מאליה ללא טיפול. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיכויים האפשריים לרבות: זיהום בדרכי השתן ובערמונית העלול לגרום לצורך באשפוז בבית חולים לשם טיפול, דמם נמשך מפי הטבעת או בשתן העלול בחלק מהמקרים לגרום בצורך באשפוז להשגחה. לעיתים רחוקות יצריך הדמם עירוי דם או ניתוח לעצירת הדמם. בעקבות הביופסה עלולה להיגרם עצירת שתן ואי יכולת להשתין עצמונית, מצב שיצריך ניקוז השלפוחית באמצעות צנתר, לתקופה מסוימת. לעיתים נדירות תיגרם פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול ניתוחי.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר ומאשר בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין, כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה: כללית אזורית חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי המרדים.

0125.ט

אם הטיפול יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני מסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ב-medica בכפוף לחוק.

אני הח"מ מודע לכך שייטכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר יבצע את הטיפול / ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים. במקרה זה, אני נותן הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי 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, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל: _____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____

שם המתרגם/ת _____ קשריו למטופל _____