



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	כתובת:
טלפון:	מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה: הדגמה אנדוסקופית של דרכי המרה והלבלב

ERCP -- ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY

ERCP היא הדגמה רנטגנית בשיטה אנדוסקופית לצורך אבחון 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 ומוזהות אבנים בדרכי המרה או היצרות של אחד הצינורות, ניתן להוציא את האבנים ולהרחיב את היצרות 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 פרטי	שם האב	ת.ז.
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על הצורך בביצוע ERCP איכותני ו/או טיפולי לרבות הוצאת אבני, 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 והסיכונים האפשריים. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שהטיפול העיקרי מלווה בתחושה של אי נוחות. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים 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 הסיכונים האפשריים לרבות: דלקת של הלבלב ולעיתים רחוקות זיהום בדרכי המרה. הסיכונים 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, יהיה 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 בוודאות 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 ואלחוש 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 ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, 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 / לאפוטרופוסו 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
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס/רשיון

* מתק/י את המיותר

יחידת גסטרואנטרולוגיה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לגסטרואנטרולוגיה ולמחלות כבד

