

טופס הסכמה: דיקור אבחנתי של בלוטת הערמונית- ביופסיה
NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY OF THE PROSTATE
GLAND

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 (אולטרסאונד) דרך פי הטבעת. בעזרת המחט, המוחדרת בהנחיית אולטרסאונד 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 ויהיה צורך לחזור על הפעולה פעם נוספת.

בהתחשב בגיל המטופל ובסוג הדיקור יוחלט על הצורך במתן הרדמה. בחלק מהמקרים תבוצע ההרדמה המלווה פעולה זאת באופן (הקף בעיגול את המתאים):

כללית / אזורית / מקומית

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם פרטי ושם משפחה

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

כמו כן, הוסברו לי החלופות הקיימות לטיפול העיקרי.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו 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, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים 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 הביופסיה 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 מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר כי יש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי או אחריו.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא/ה המנתח/ת

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי קבלתי מענה והסבר מפורטים לשאלותיי.

תאריך	שעה	חתימה
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס 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	חתימה וחותמת הרופא/ה	מס' רישיון
------------	----------------------	------------

*מחקי/ את המיותר.