



טופס הסכמה: הכנסת צינור האכלה לקיבה דרך דופן הבטן - גסטרוסטומיה בשיטה אנדוסקופית PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY - PEG

הכנסת צינור האכלה לקיבה נעשית במקרים בהם אין אפשרות של אכילה או של מעבר המזון דרך הושט. הפעולה נעשית כאשר המטופל שוכב על גבו. בשלב ראשון מוכנס אנדוסקופ דרך הפה עד לקיבה. האנדוסקופ הוא מכשיר גמיש באורך כ-20 מטר ובקוטר של כ-1 ס"מ שבתוכו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותעלות שדרכן ניתן להעביר מכשירים. ניתן לראות, ותעלות שדרכן ניתן להעביר מכשירים. לפני הכנסת האנדוסקופ מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי.

לצורך ביצוע הגסטרוסטומיה מוחדר, דרך חתך קטן בדופן הבטן העליונה משמאל, חוט מוליך הנתפס על ידי האנדוסקופ ומוצא דרך הפה. דרך הפה מוחדר צינור האכלה המועבר על ידי אותו חוט ומוצא מחוץ לדופן הבטן באזור החתך. בסוף הפעולה נמצא קצהו האחד של הצינור בתוך הקיבה וקצהו השני מחוץ לדופן הבטן. דרך פתח זה יוחדר המזון. על מנת למנוע זיהום כתוצאה מהחדרת הגסטרוסטום דרך דופן הבטן מקבל החולה טיפול אנטיביוטי בסמוך לביצוע הפעולה. משך הפעולה כ-30 דקות והיא כרוכה באי נוחות ובתחושה של נפיחות בבטן.

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 גסטרוסטומיה בשיטה אנדוסקופית לצורך האכלה (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסבר לי תהליך הכנסת הגסטרוסטום והתופעות הכרוכות בביצוע הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ונפיחות בבטן.

כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום בעור וברקמות הרכות ושאיפה של רוק והפרשות לדרכי הנשימה אשר יצריכו טיפול.

במקרים נדירים יתכנו דימום או קרע של דופן מערכת העיכול ודליפה של תוכן הקיבה לחלל הבטן באזור כניסת הגסטרוסטום אשר יצריכו תיקון ניתוחי בהרדמה מלאה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יתברר שיש 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.



-2-

הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרגעה ואילחוש 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 יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח הוא ד"ר:

שם הרופא/ה המבצע

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

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

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

*מחקי/את המיותר.