



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

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

טופס הסכמה: ברונכוסקופיה BRONCHOSCOPY

ברונכוסקופיה מתבצעת לצורך אבחון וטיפול מחלות בדרכי הנשימה והריאות. הפעולה מתבצעת תחת שטוש ובהרדמה מקומית של האף והלוע בתרסיס באמצעות החדרת צינור פיברואופטי דק דרך האף או הפה אל תוך קנה הנשימה והסמפונות. במהלך הבדיקה נבדקים דרכי האוויר ונלקחות דגימות מהריאה (ביופסיות) או שטיפות של נוזל לצורך גילוי של חיידקים פטריות או וירוסים. כאשר הברונכוסקופיה טיפולית, מבוצע נקיון של דרכי הנשימה מהפרשות, דמומים או הוצאת גופים זרים. לעיתים מתבצעת הרחבה או פתיחה של הסמפונות על ידי לייזר או החדרת תותבים (סטנט), ובמקרים מסויימים מחזירים צינור לצורך הקרנה תוך סמפונית (ברכיטרפיה).

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מדרי' שם משפחה שם פרטי			

על הצורך בבצוע ברונכוסקופיה אבחונית ו/או טיפולית * אני מצהיר כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות חלואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות באף או בלוע. כמו-כן הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הברונכוסקופיה לרבות דליפת אוויר (חזה אוויר) דמום מהביופסיה, חום או קוצר נשימה. הסבירו לי גם כי במקרים נדירים יתכן דימום חזק או קוצר נשימה קשה מדליפת וזאוור וכן שבמקרים נדירים ביותר סיבוכים אלו עלולים להסתיים במוות. אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. כמו-כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין כי קיימות אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יהיה הצורך לנקוט הליכים אחדים או נוספים של הצלת חיים כמו הנשמה בעזרת צינור בתוך הקנה. לפיכך, אני מסכים גם לאותה הרחבה או ביצוע הליכים אחרים או נוספים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים במהלך הטיפול או לאחריו. הסכמתי ניתנת גם לביצוע שטוש והרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי השטוש. אני יודעת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים 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/אפוטרופוס של החולה * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא	חתימה	מספר רשיון
* מחק את המיותר		

יחזת א.א.ג.

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רפואי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

