



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

DILATATION OF ESOPHAGUS טופס הסכמה: הרחבת ושט

הרחבת ושט מבוצעת בשל היצרות המפריעה לבליעה ולמעבר מזון. קיימות מספר שיטות להרחבת ושט חלקן באמצעות אנדוסקופ. לעתים, לאחר ההרחבה, יהיה צורך בהכנסת תומך (Stent) על מנת לשמר את המעבר. האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים דרכם ניתן לראות תעלות להעברת מכשירים לצורך איבחון וטיפול. קיימים סוגים שונים של מכשירים אנדוסקופיים. להרחבת הושט משתמשים בגסטרוסקופ.

1. הרחבת ושט פניאומטית - בשיטה זו מוחדר הגסטרוסקופ דרך הפה עד לאזור ההיצרות, אם ניתן לעבור את האזור המוצר, יוכנס הגסטרוסקופ עד לקיבה. דרך אחת מתעלות העבודה של המכשיר מועבר תייל מוליך מתכתי אל מעבר לאזור ההיצרות. הגסטרוסקופ מוצא, ועל התייל המוליך שנתר כושט מולבש צנחר שבקצהו בלונית. הבלונית ממוקמת באזור ההיצרות בעזרת שיקוף ונטגן, או בהסתכלות ישירה דרך הגסטרוסקופ. הבלונית מנופחת בלחץ לזמן קצוב על מנת להרחיב את ההיצרות. במהלך הפעולה מקבל החולה תרופות הרגעה ואילחוש מקומי בלוע. לעיתים יש לחזור על הפעולה פעם או פעמיים נוספות. הסיבוך האופייני לפעולה זו הוא התנקות הושט ב - 5% מהחולים

2. הרחבת ושט לא פניאומטית - גם בשיטה זו מוחדר הגסטרוסקופ דרך הפה עד לאזור ההיצרות ואם ניתן עד לקיבה. דרך הגסטרוסקופ מועבר מוליך מתכתי אל מעבר להיצרות אליו מולבשת סדרת צנתרים מרחיבים בקוטר עולה, המרחיבים בהדרגה או הצינורות. במהלך הפעולה מקבל החולה תרופות הרגעה ואילחוש מקומי בלוע. לעיתים יש לחזור על פעולה זו מספר פעמים. סיבוך נדיר שעלול להיגרם במהלך הפעולה הוא התנקות הושט.

3. הרחבת ושט לא אנדוסקופית - בשיטה זו מוחדרים מרחיבים העשויים מגומי גמיש, שלא באמצעות גסטרוסקופ, אל מעבר להיצרות. בכל הרחבה משתמשים בסדרת מרחיבים בקוטר עולה עד להשגת מעבר בקוטר סביר.

סיבוך נדיר שעלול להגרם במהלך הפעולה הוא התנקות הושט. סיבוך של התנקות הושט יצריך בחלק מהמקרים תיקון ניתוחי. החדרת מכשירים דרך הפה עלולה לגרום נזק לשיניים.

שם החולה: _____

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על הצורך בביצוע הרחבת ושט באמצעות _____ (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי המהלך החזוי והתוצאות המקוות לרבות האפשרות שיהיה צורך לחזור על פעולת ההרחבה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי במהלך הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: נזק לשיניים עקב החדרת המכשירים ולעיתים רחוקות התנקות הושט שתצריך תיקון ניתוחי מיידי או מאוחר יותר. 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 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 משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שנוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו. 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 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 מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד ובכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האופטורופוס (קירבה)	חתימת האופטורופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
שם מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאופטורופוסו 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 _____ * מחקי את המיותר

יחידת גסטרואנטרולוגיה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לגסטרואנטרולוגיה ולמחלות כבד

