

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 08/21

טופס הסכמה ל

## BONE MARROW EXAMINATION / בדיקת מח עצם

### הבעיה הרפואית בגינה מבוצעת הבדיקה

הבדיקה נועדה לבדוק נוכחות מחלה במח העצם ומאפיינה לצורך בחירת הטיפול המיטבי עבור המטופל. לצורך עריכת בדיקה זו נלקחת דגימה קטנה של מח עצם מהחלק האחורי של עצם האגן או מעצם החזה (הסטרנום). הדגימה נבחנת תחת מיקרוסקופ ונשלחת למעבדות שונות על מנת להגיע לאבחנה, ו/או הערכת מידת השינויים/דרגת המחלה ומידת התפשטותה.

משך הבדיקה כרבע שעה והיא כרוכה באי נוחות וכאב מקומי. כדי להפחית את אי הנוחות, איזור הבדיקה מורדם בהרדמה מקומית ו/או בהרדמה כללית קצרה (סדציה) על ידי מרדים/ה. סוג ההרדמה יקבע ע"י הרופא המטפל בשיתוף עם המטופל. לאחר הרדמת האיזור תוחדר בעדינות מחט דרך העור אל תוך העצם ובעזרת מזרק תישאב הדגימה ממח העצם. במקרה של ביופסיה תילקח פיסת מח עצם קטנה בנוסף לשאיבה. קיימים מקרים בהם לא ניתן לקבל מספיק רקמה לבדיקה ויש צורך לחזור על הפעולה פעם נוספת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על בדיקת מח העצם (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנת אותה וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי: אבחנה וטיפול על סמך הנתונים הקיימים מבדיקות הדם הפריפרי ובדיקות הדמייה. במקרים רבים אין בנמצא חלופה לביופסיה ו/או אספירצייה המאפשרת להגעה לאבחנה של מחלה במח העצם.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, והם: כאב באיזור הבדיקה שעלול להמשך מספר ימים, זיהום באיזור הבדיקה (נדיר ביותר), ודימום חיצוני או פנימי אשר לעיתים רחוקות יצריך אשפוז להשגחה, עירוי דם או ניתוח לעצירת הדמם. במקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלו להסתיים במוות.

אם הפעולה תבצע בהרדמה הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה.

במקרה בו הטיפול נעשה באלחוש מקומי/אזורי/חסימה עצבית, על ידי הרופא המבצע את הפעולה, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של

שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שבדיקת מח העצם וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחד

<p style="text-align: center;"><b>שם המטופל</b></p> <p style="text-align: right;">שם משפחה: שם פרטי: ת.ז.:</p>	<p style="text-align: center;">שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
--	---

מדבקת המטופל

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

---

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב

תאריך	שעה	חתימת המטופל

<p>שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)</p>	<p>חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)</p>
--	--

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.

---

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------



**הצהרת המתרגם:** אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

---

חתימת המתרגם/ת

שם המתרגם/ת

---

קשריו למטופל/ת

תאריך ושעה