

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 03/21

טופס הסכמה ל

הצרת קיבה אנדוסקופית**Endoscopic sleeve gastrectomy**

הצרת קיבה אנדוסקופית נועדה לטיפול בהשמנת יתר. טיפול אנדוסקופי בריאטרי – הצרת קיבה אנדוסקופית (ראשונית או מתקנת) מתבצע בעזרת מכשיר הגסטרוסקופ. הגסטרוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים ומצלמת וידאו, דרכם ניתן לראות תעלות, ודרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך הטיפול. אורכו של האנדוסקופ נע בין 1.20-1.80 מטר, קוטרו עד 1.5 ס"מ וניתן בעזרתו לבדוק את מערכת העיכול העליונה.

לצורך הצרת הקיבה מחברים לגסטרוסקופ מערכת תפירה – Apollo Overstitch מערכת המאפשרת על ידי משרד הבריאות הישראלי (אמ"ר) וה-FDA. מכשיר התפירה מאפשר ביצוע תפרים לכל עובי דופן הקיבה. התפרים יועברו לאורך הקיבה (בצורה ראשונית או בעקבות ניתוח שרוול קודם) באופן המוריד בצורה משמעותית את נפח הקיבה ואת יכולת הקיבולת שלה. בעקבות כך מתאפשר שובע מוקדם והאטה בהתרוקנות הקיבה אשר מביאים לירידה במשקל ולשיפור בתחלואה מטבולית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על הצרת קיבה אנדוסקופית (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותה וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת. כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, כולל תרופתיות, ושינוי אורחות חיים. הוסבר לי יתרונן, חסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים האפשריים. כמו כן הוסבר לי כי חלק מהתערבויות אלו (כמו דיאטה ופעילות גופנית) הינן חלק מהטיפול הדרוש בנוסף לטיפול האנדוסקופי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית והן: כאב, אי נוחות בגרון, תחושה של נפיחות בבטן, הקאות, בחילות, סחרחורות, התייבשות, התעלפות וצרבת.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום או קרע של דופן מערכת העיכול אשר בחלק מהמקרים יצריכו תיקון ניתוחי, דלף והצטברות נוזל סביב הקיבה, המצאות אוויר בחלל הבטן, תסחיף ריאתי. ככלל בבדיקת דרכי עיכול עליונות עלול להיגרם נזק לשיניים עקב החדרת המכשיר דרך הפה. הסיבוכים האמורים אינם שכיחים (2%-00.5%) קיימים מקרים נדירים בהם בשל תופעות הלוואי, יהיה צורך בהפיכה של ההליך ופתיחת התפרים.



הוסבר לי ואני מבין/ה שהשמנה קשורה לבעיות רפואיות משמעותיות כגון: יתר לחץ דם, סוכרת, דום נשימה בשינה, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול גבוה), עקרות, ממאירות, החזר קיבה-ושט (רפלוקס במערכת העיכול), דלקת פרקים, כאבי ראש כרוניים, שיגדון (גאוסט), אי ספיקת ורידים, פריפריית מחלות כבד ואי ספיקת לב, בין היתר.

<p>שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>	<p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
---	-------------------------------

מדבקת המטופל

הוסבר לי ואני מבין/ה שאין הבטחה שאף אחד מהמצבים שצוינו ישתפר או יחלוף כתוצאה מהפעולה.

הוסבר לי ואני מבין/ה את השינויים הצפויים במשקל הגוף כתוצאה מפעולת האנדוסקופיה הבריאטרית:

- ירידה לקויה במשקל: הוסבר לי על הירידה הממוצעת שניתן לראות במשקל לאחר פעולת האנדוסקופיה הבריאטרית (לאחר שנה של 15% במשקל הכולל ו- 50% מהמשקל העודף). אני מבין/ה שאין דרך לחזות את הירידה שלי לאחר ההליך. ירידה במשקל כתוצאה מהליכי הרזיה יכולים להיות משתנים ולא צפויים. אני מבין/ה שההיענות שלי להמלצות התזונתיות היא קריטית להצלחת הירידה במשקל בעקבות פעולת האנדוסקופיה הבריאטרית.
- עליה חוזרת במשקל: ידוע לי שעלולה להתרחש עליה חוזרת במשקל. הדבר עלול להתרחש עקב מספר רב של גורמים. אני מבין/ה שאכילת יתר עלולה להוביל לכישלון פעולת האנדוסקופיה הבריאטרית.

אזהרות מיוחדות לטיפול במצבים בריאותיים מיוחדים (במידה ויש):

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה הרפואית הצרת קיבה אנדוסקופית יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות לשם ביצוע הפעולה כגון: ביופסיה מרירית הקיבה או הושט, כריתת פוליפ.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך שהצרת הקיבה האנדוסקופית (ראשונית או מתקנת) יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הפעולה העיקרית או מיד לאחריה.

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



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 שהצרת קיבה אנדוסקופית (ראשונית או מתקנת) וכל ההליכים העיקרים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.



שם משפחה שם פרטי ת.ז. שם האב



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

מדבקת המטופל



שם אפוטרופוס (קירבה למטופל) חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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.

שם המתרגם/ת	חתימת המתרגם/ת
תאריך ושעה	קשריו למטופל/ת

