



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 12/17

טופס הסכמה ל

טיפול בשאת שלפוחית השתן שאיננו חוזר לשריר ע"י שטיפה כימותרפית משולבת בהיפרתרמיה (חימום) של שלפוחית השתן

מטרת הפעולה היא להקטין את הסיכון לחזרת הגידולים, להרוס את הגידולים הקיימים בשלפוחית ללא ניתוח או להקטין את מספרם וגודלם לפני ניתוח. קביעת מספר הטיפולים בסדרה, סוג התרופה הכימותרפית והמינון שלה תלויים במצבך ונתונים לשיקול דעתו של הרופא המטפל.

הטיפול מבוצע במרפאה באופן אמבולטורי ונמשך בדרך כלל כשעה. הטיפול כאמור מבוסס על הכנסת חומר כימותרפי עם שילוב של חימום השלפוחית. התמיסה מוכנסת באמצעות צנתר (קטטר) המוכנס לשלפוחית דרך השופכה ומוצא בסיום הטיפול.

במהלך הטיפול מזליפים לשלפוחית השתן תמיסה כימותרפית מקוררת במעגל סגור תוך כדי חימום דפנות השלפוחית באמצעות מקור של מיקרוגל הנמצא בקצה צנתר או על ידי הזלפת נוזל מחומם בו מומסת התרופה הכימותרפית.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: היא מקומית על ידי הכנסת משחה המכילה חומר מאלחש מקומית לשופכה ולפי הצורך עם הוספת תרופה נגד כאבים הניתנת דרך הפה.

שם המטופל:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם פרטי

שם משפחה



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו



תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

על הצורך בביצוע טיפול בשאת שלפוחית השתן שאיננו חודר לשריר ע"י שטיפה כימותרפית משולבת בהיפרתרמיה (חימום).

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי לרבות שטיפות לתוך השלפוחית עם חומרים אחרים וללא חימום.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי הכוללות: תגובה אלרגית לתרופה הכימותרפית, כאב קל במהלך ולאחר הטיפול, אי נוחות באיזור השלפוחית, צריבה ותכיפות בהטלת שתן ואף יתכן שתן דמי. תופעות אלה הינן זמניות וברוב המקרים חולפות תוך כ 24 - 48 שעות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ההכנות לטיפול בשאת שלפוחית השתן שאיננו חודר לשריר ע"י שטיפה כימותרפית משולבת בהיפרתרמיה (חימום) יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הטיפול כגון: הרחבת השופכה במקרים של היצרות, או השארת צנתר לאחר הטיפול ואני נותן/ת את הסכמתי לכך.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: עצירת שתן שתצריך הכנסת צנתר לשלפוחית השתן. זיהום בדרכי השתן ו/או המין מלווה בחום, צמרמורת שעלולים להצריך טיפול אנטיביוטי ואף אשפוז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך טיפול בשאת שלפוחית השתן שאיננו חודר לשריר ע"י שטיפה כימותרפית משולבת בהיפרתרמיה (חימום) יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו 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 הניתוח/הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית
 ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם הטיפול בשאת שלפוחית השתן שאיננו חודר לשריר ע"י שטיפה כימותרפית משולבת בהיפרתרמיה (חימום) יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית 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 שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול בשאת שלפוחית השתן שאיננו חודר לשריר ע"י שטיפה כימותרפית משולבת בהיפרתרמיה (חימום) 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 באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
שם המוסד הרפואי / לוגו	מדבקת המטופל

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

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



שם המתרגם/ת

קשריו לחולה

