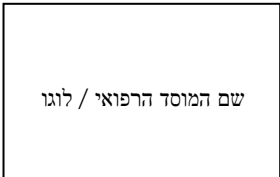


מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 03/18

טופס הסכמה ל

**ביופסיה גלילי מחט אבחנתית של כליה**  
**Core Needle Kidney Biopsy**

דיקור הכליה מבוצע במטרה לקבל דגימת רקמה מהכליה, לצורך קביעת אבחנה, ו/או להעריך את מידת השינויים/דרגת המחלה/מידת התקדמות המחלה ו/או להעריך את האפשרויות הטיפוליות למחלה הכלייתית.

הדיקור מתבצע על ידי שימוש במחט המיועדת למטרה זו. הדיקור מתבצע תחת אמצעי דימות. בעזרת מחט הביופסיה, מוצאים גלילי רקמה, שנמסרים לבדיקה היסטולוגית פתולוגית ו/או תרבית ו/או בדיקות נוספות על פי הצורך. ברוב המקרים משך הפעולה קצר. קיימים מקרים בהם לא ניתן לקבל מספיק רקמה לבדיקה ויש צורך לחזור על הפעולה פעם נוספת. הבדיקה מתבצעת בהרדמה מקומית, במקרים מיוחדים הפעולה מתבצעת בהרדמה כללית.

לצורך הבדיקה אדרש לשכב על הבטן (בכליות טבעיות) או על הגב (בכליה מושטלת) ולשתף פעולה עם הוראות הרופא מבצע הביופסיה.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

כללית / אזורית / מקומית

שם המטופל:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

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



<p><b>שם פרטי</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">מדבקת המטופל</p>	<p><b>שם משפחה</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100%;"> <p style="text-align: center;">שם המוסד הרפואי / לוגו</p> </div>
---	--

<b>תאריך</b>	<b>שעה</b>	<b>חתימת המטופל</b>
--------------	------------	---------------------

על הצורך בנטילת ביופסיה גליל מחט אבחנתית של הכליה (להלן: "הבדיקה").

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי.

הוסבר לי שבמהלך הבדיקה צפויים תחושה של אי נוחות וכאב באזור הדיקור. לעיתים, במקום הדיקור בעור מופיע שטף דם מקומי, המתבטא בשינוי צבע ורגישות קלה. תופעת לוואי שכיחה לאחר הבדיקה היא דימום בשתן שאינו נראה אלא במיקרוסקופ (מיקרוהמטוריה). תופעת לוואי זאת נעלמת בדרך כלל מעצמה תוך זמן קצר ללא צורך בטיפול.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הבדיקה, לרבות: שתן דמי (מאקרוהמטוריה), שבדרך כלל גם הוא חולף ללא מתן טיפול. לעיתים רחוקות הדימום יהיה משמעותי ו/או ממושך, ועלול להצריך מתן דם ולעיתים רחוקות ביותר התערבות פולשנית תחת שיקוף רנטגן או התערבות כירורגית. יתכן גם דימום קל מסביב לכליה (המטומה) שבדרך כלל אינו מלווה בתופעות קליניות, אך תתכן ירידה קלה ברמת ההמוגלובין. לעיתים רחוקות ביותר, כתוצאה ממעבר המחט דרך רקמת שומן תת עורית ושריר, יתכן דימום לרקמות הרכות (המטומה) שיתבטא בכאב ובנפיחות במותן. לעיתים נדירות ההמטומה מזדהמת ונדרש טיפול אנטיביוטי ו/או ניקוז כירורגי.

לעיתים רחוקות ביותר, תתכן פגיעה בכלי דם חיצוני של הכליה, שגורמת להרחבה מקומית של דופן כלי הדם (מפרצת) ועלולה להצריך תיקון כירורגי. קיימת אפשרות שיווצר מעבר בין עורק לווריד קטנים בתוך כליה (AV fistula). בדרך כלל אין לכך משמעות קלינית ורובם ככולם נסגרים מעצמם במשך הזמן.

לעיתים נדירות תגרם פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול ו/או ניתוח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה/פעולה המבוצעת יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, ומניעת



נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הבדיקה/פעולה.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם הפעולה תבוצע 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 שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה וכל ההליכים העיקריים 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 הבדיקה.

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

תאריך	שעה	חתימת המטופל

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



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

---