

עמוד 1 מתוך 1 עמודים	תוקף מתאריך 01.2015	מהדורה 2017-04	נוהל מס' 03.10.05
מאשר: דר' צחי פיינה, מנכ"ל	שם הנוהל: הנחיות לתיאום תור לנבדק קטין או בגיר חסוי		

טופס הנחיות לאפוטרופוס

אפוטרופוס יקר,

לצורך ביצוע הבדיקה ישלחו אליך מספר מסמכים למילוי כמפורט בהמשך (*).

חשוב לציין כי אם אינך מגיע עם הנבדק לבדיקה, עליך לבצע את השלבים הבאים:

1. למלא את המסמכים ולחתום עליהם בנוכחות רופא מטפל/עו"ד/עו"ס של הנבדק.
2. להעבירם בעותק המקור למלווה של הנבדק לבדיקה.

(*) רשימת סוגי המסמכים:

- טופס שאלון קבלה.
- טופס הסכמה להרדמה. (במידה ומורדם במהלך הבדיקה)
- טופס הסכמה לביצוע הבדיקה – במידה והאפוטרופוס שולח מלווה מטעמו, עליו למלא את פרטי המלווה במקום המיועד לכך בטופס ולצרף גם צילום ת"ז של המלווה.
- טופס ויתור סודיות.
- טופס הסכמה לקבלת תוצאות בדיקה.

את הטפסים הללו ניתן להדפיס גם מהאתר הרשמי של מור מאר, ע"י בחירת אופציות "הזמנת תור".

כמו כן עליך לצרף בנוסף את המסמכים הבאים:

- הפניית רופא מומחה.
- צו בית משפט המעיד על אפוטרופוסות.
- טופס התחייבות לבדיקה, במידה והבדיקה בהרדמה, תידרש התחייבות נוספת להרדמה. יש לוודא כי ההתחייבות מופנית למכון מור מאר ובתוקף.
- צילום ת"ז של האפוטרופוס/ים
- צילום ת"ז של הנבדק
- צילום ת"ז של המלווה – במידה ויש כזה.

מספר פקס לשליחת המסמכים: 09-7708110 או למספר שיינתן ע"י הנציגות הטלפונית.

כמו כן ניתן לשלוח אלינו את המסמכים דרך האתר הרשמי של מור מאר, ע"י בחירת אופציות "הזמנת תור", כניסה ללינק של תיבת המייל של מור מאר, ניתן לצרף את כל המסמכים הדרושים.

לא ניתן לקבוע תור טרם קבלת כל המסמכים הרלוונטיים.

מרגע קבלת המסמכים, תשלח אליך הודעת SMS המאשרת את קבלתם, נשמח ליצור עימך קשר תוך 24 עד 48 שעות לצורך קביעת התור.

נוהל מס' 03.30.01.03	מהדורה 1-2014	תוקף מתאריך: 07.2014	עמוד 1 מתוך 2 עמודים
שם הנהל: שירות בדיקת MRI- בהרדמה		מאשר: דר' צחי פיינה, מנכ"ל	

הסכמה להרדמה לקראת בדיקת MRI

על הנבדק/ת למסור למרדים מידע מלא על מחלותיו/יה, רגישות לתרופות ותגובות להרדמה קודמת, כולל סיבוכים במידה והתרחשו.

פרטי הנבדק/ת:

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	גיל
כתובת (מלאה):		טלפון:	

הופניתי לבדיקת MRI ע"י הרופא/ה המטפל/ת, לאחר שהוסברו לי הצורך בביצועה, מטרות הבדיקה וכן שהיא כרוכה בהרדמה ו/או מתן חומרי הרגעה לקראת הבדיקה. כן קיבלתי הסבר מפורט בע"פ (מדר' _____) על הצורך בהרדמה לשם ביצוע בדיקת MRI הבאה _____, על תופעות לוואי אפשריות, הסיכונים הקיימים והטיפולים הכרוכים בכך.

הוסבר לי שהרדמה כללית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס), ו/או מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בין היתר בהרדמה ובמצבו/ה הכללי של הנבדק/ת.

הוסבר לי כי ההרדמה נועדה לאפשר ביצוע בדיקה ארוכה ללא תזוזה באיכות ראויה בין היתר, במקרים של נבדק חרד או שאינו מסוגל לשתף פעולה כנדרש לשם ביצוע הבדיקה. לשם כך תינתן ההרדמה במינון המינימלי הנדרש.

סיכוני הרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הבדיקה ובמורכבותה.

הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הרדמה כללית, לרבות: כאב גרון ואי נוחות בבליעה, כאבי שרירים, בחילות והקאות ואי נוחות כללית.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: נזק לשיניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המכשור הנחוץ להרדמה. במקרים נדירים יתכנו סיבוכים קשים, לרבות: תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי הכבד ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות.

במקרים נדירים ביותר אפשרי מוות מסיבוכים אלה.

אצל אישה בהריון, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר. יתכנו במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההיריון.

נוהל מס' 03.30.01.03	מהדורה 1-2014	תוקף מתאריך: 07.2014	עמוד 2 מתוך 2 עמודים
שם הנהל: שירות בדיקת MRI- בהרדמה		מאשר: דר' צחי פיינה, מנכ"ל	

הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע ההרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי של גופי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כישלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב, לעיתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה ייתכן שלא תבוצע הבדיקה המתוכננת.

הוסבר לי שבכדי לבצע הרדמה ייתכן ויהיה צורך במספר דיקורים למציאת וריד באזורים שונים של הגוף.

הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך כדי מהלך הבדיקה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה ו/או את ההרדמה, לשנותה ולנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלדעת רופאי/ות מור אינסייד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הבדיקה.

אני יודעת ומסכים/ה לכך שההרדמה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו/ה בהתאם לנהלים ולהוראות בלבד שייעשו בהתאם להוראות החוק. הובהר לי כי אין אפשרות לשהות של מלווה עם הנבדק/ת בעת ביצוע הבדיקה.

לאחר שקבלתי ההסברים הנדרשים ומענה לשאלותיי, אני נותנת/ת בזה את הסכמתי לביצוע הבדיקה וההרדמה כאמור לעיל על-ידי מור אינסייד.

אין לי ולא תהיינה לי כל טענות או תביעות נגד מור אינסייד ו/או רופא או כל הפועל בשמם בקשר לביצוע הבדיקה וכל הכרוך והקשור בכך, לרבות הרדמה.

תאריך _____ שעה _____ חתימת הנבדק/ת _____

במקרה של פסול דין, קטין או חסוי:

שם משפחה של האפטרופוס _____ מס' ת.ז. _____
 חתימת האפטרופוס _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לנבדק/אפטרופוס של הנבדק/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה בפני לאחר שהבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ מס' רישיון _____

חתימה וחותמת הרופא/ה _____

מור אינסייד בע"מ



נוהל מס' 03.10.05	מהדורה 2-2014	תוקף מתאריך 01.2015	עמוד 1 מתוך 1 עמודים
שם הנוהל: הנחיות לתיאום תור לנבדק קטין או בגיר חסוי			מאשר: צחי פיינה, מנכ"ל

לכבוד

מור-אינסייד בע"מ

כתב הסכמה לאישור ביצוע בדיקת MRI הכוללת / לא כוללת הרדמה - קטין או בגיר חסוי

אנו החתומים מטה (יש לפרט את פרטי האפוטרופוס/ים - לקטין- שני ההורים):

אפוטרופוס ראשון/יחיד:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____

הגרה ב- _____

כתובת מפורטת

אפוטרופוס שני (במידה וקיים):

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____

הגרה ב- _____

כתובת מפורטת

הערות:

מאשרים בזאת למוראינסייד בע"מ ו / או לכל מי מטעמה, לבצע בדיקת MRI ל:

פרטי הנבדק/ת:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____

במידה ואחד מהאפוטרופוסים, לא יגיע לבדיקה, אנו מאשרים את ביצוע הבדיקה בליווי של (אנא סמנו X במקום המתאים):

אחד מהאפוטרופוסים החתומים מטה

אדם שלישי שפרטיו הם * :

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____ קשר לנבדק _____ חתימה _____
 * יש לצרף טפסי הסכמה לבדיקה חתומים ע"י האפוטרופוס/ים בפני רופא ומאשרים ע"י רופא

כתב זה מחייב אותי/נו, את בא כוחי/נו החוקי/ים וכל מי שיבוא במקומי/נו:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____ חתימה/חותמת _____ תאריך חתימה _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____ חתימה/חותמת _____ תאריך חתימה _____

• יש לצרף צילום ברור של תעודות הזהות של כל החתומים במסמך זה כולל ספח.

• לנבדקים עם אפוטרופוס ממונה: יש לצרף צילום צו בית משפט בדבר מינוי אפוטרופוס (בגירים/לא בחזקת הוריהם), ולהציא העתק מאושר של צו המינוי במועד הבדיקה.

נוהל מס' 03.30.01.02	מהדורה 2023-01	תוקף מתאריך 07.2014	עמוד 1 מתוך 2 עמודים
שם הנוהל: קבלת נבדק MRI			מאשר: צחי פינה, מנכ"ל

אתר הבדיקה: _____ : תאריך קבלה: _____
 מקום קבלת התשובה: _____ : שעת קבלה: _____
 אופן קבלת תשובה: _____ : פקידת קבלה: _____

שאלון קבלה

פרטי הנבדק/ת: משפחה _____ פרטי _____ ת.ז. _____ מין _____ גיל _____
 תאריך לידה _____ טלפון _____ נייד _____ פקס _____
 כתובת: עיר _____ רחוב _____ מס' בית _____ דירה _____ ת.ד. _____ מיקוד _____

א.ג.נ.

מאחר שבדיקתך תתבצע בשדה מגנטי חזק, הנך מתבקש/ת לציין באם נמצאים בגופך אחד או יותר מהפריטים המפורטים להלן, וכן להשיב על שאלות נוספות (הקף/י בעיגול את התשובה המתאימה):

הערות	תשובה	תאור
קוצב לב, דפיברילטור מושתל	כן / לא	1.
מסתם לב מלאכותי/ביולוגי	כן / לא	2.
מתכת בראש לאחר ניתוח מפרצת (אנאוריזמה) ו/או סיכות מתכתיות	כן / לא	3.
מוט מתכת, פלטה, ברגים, לאחר ניתוח	כן / לא	4.
רסיסי מתכת לאחר פציעה, תאונה או מלחמה	כן / לא	5.
שתל כוכלארי (באוזן) או מכשיר שמיעה (מושתל או נייד)	כן / לא	6.
צנתרים, משאבת עירוי, משאבת אינסולין, סטימולטורים מושתלים, קטטר (צינורית), אלקטרודה/תיל/חוט מתכת	כן / לא	7.
איפור קבוע, תוספת שיער, קעקועים, פירסינג, עגילים, שרשראות, צמידים ושאר תכשיטים	כן / לא	8.
האם עבר דיקור סיני בעבר?	כן / לא	9.
האם כל המחטים הוצאו מגופך בשלמותן?	כן / לא	10.
שיניים תותבות, שתלים בפה, גשר/מתקן ליישור שיניים?	כן / לא	11.
שתלים אורתופדיים, מפרק מלאכותי, מוטות מתכת, פלטינה, ברגים ומסמרים?	כן / לא	12.
תותבים/ות – עיניים, גפיים, אברי מין וכד'?	כן / לא	13.
מרחיב / EXPANDER – לאחר ניתוח שד?	כן / לא	14.
סטנט (תומכן), פילטר (מסנן), COIL (סליל) או כל התקן אחר שהוכנס לכלי הדם במהלך ניתוח או צנתור?	כן / לא	15.
מדבקות משחררות חומרים/תרופות, מדבקות לחיבור אלקטרודות?	כן / לא	16.
מתכת אחרת שהוחדרה לגוף בניתוח, טיפול או פרוצדורה רפואית?	כן / לא	17.
האם עברת בעבר ניתוח כלשהו?	כן / לא	18.
האם הנך נוטלת/ת תרופות?	כן / לא	19.
האם ידועה לך רגישות כלשהי לחומרי ניגוד בכלל ולגדוליניום בפרט?	כן / לא	20.
במידה כן, הנני מצהיר כי פעלתי ע"פ ההנחיות שקיבלתי ממור אינסייד בהכנה לבדיקה?	כן / לא	
האם הנך סובלת/ת מפחד ממקומות סגורים (קלאוסטרופוביה)?	כן / לא	21.
האם עברת בדיקה של מערכת העיכול עם "הגלולה המצלמת" (GIVEN IMAGING)? במידה וכן, האם הגלולה נפלטה מגופך?	כן / לא	22.
האם הנך סובלת/ת מאי ספיקת/מחלת כליות?	כן / לא	23.
האם הנך סובלת/ת ממחלות כרוניות/נוספות?	כן / לא	24.
האם הנך עובדת/ת בסביבה עם מתכות כגון ריתוך?	כן / לא	25.
האם יתכן שאת בהריון/ מניקה?	כן / לא	26.
התקן תוך רחמי?	כן / לא	27.
האם הנך בצום?	כן / לא	28.
משקל		29.
האם הנך נושא נשק?	כן / לא	30.
בבדיקות MRE: האם ידועה לך אלרגיות ללקטוז/ סכרת?	כן / לא	31.
בבדיקות MRU/MRE: האם הנך סובל מאי ספיקת לב?	כן / לא	32.
האם יש רגישות לתרופות כלשהן? אם כן, פרט.	כן / לא	33.
האם ביצעת בעבר אחת או יותר מהבדיקות הבאות: רנטגן, MRI, CT, PET, אולטרא סאונד, מיפוי, בדיקות נוספות?	כן / לא	34.

אני הח"מ מצהיר/ה כי כל הפרטים המפורטים לעיל הינם נכונים ומלאים: שם וחתימת נבדק: _____

נוהל מס' 03.30.01.02	מהדורה 2023-01	תוקף מתאריך 07.2014	עמוד 2 מתוך 2 עמודים
שם הנוהל: קבלת נבדק MRI			מאשר: צחי פינה, מנכ"ל

יש לוודא לפני הכניסה לחדר הבדיקה כי אינך נושא פריטים כגון: מפתחות, טלפון סלולרי, שעונים ו/או כל פריט מתכתי שעלול לגרום סכנה!!!

כתב הסכמה לבדיקת MRI

אני הח"מ מצהיר/ה כי:

- הוסבר לי הצורך בשימוש בחומר ניגוד מסוג גדוליניום בבדיקת MRI של אזור: _____ אני מצהיר/ה שהוסבר לי שלחומר הניגוד עלולות להיות תופעות לוואי שונות מהן קלות כמו: בחילה או פריחה, ומהן תופעות קשות יותר לעתים נדירות אף מסכנות חיים. יתכן ובעקבות תופעות אלו יידרש טיפול רפואי מידי מתאים לפי שקולי הרופא הבודק. הנני מסכים/ה בזאת לביצוע הבדיקה עם חומר ניגוד וקבלת כל טיפול רפואי שיידרש ע"י מי שיקבע לכך ע"י מור אינסייד.
- הוסבר לי כי במהלך הבדיקה ייתכן ויהיה צורך בשימוש בחומר ניגוד מסוג גדוליניום בבדיקת MRI של אזור: _____ אני מצהיר/ה שהוסבר לי שלחומר הניגוד עלולות להיות תופעות לוואי שונות מהן קלות כמו: בחילה או פריחה, ומהן תופעות קשות יותר. יתכן ובעקבות תופעות אלו יידרש טיפול רפואי מידי מתאים לפי שקולי הרופא הבודק. הנני מסכים/ה בזאת לביצוע הבדיקה עם חומר ניגוד במידה ויידרש וקבלת כל טיפול רפואי שיידרש ע"י מי שיקבע לכך ע"י מור אינסייד.
- הוסבר לי על כך שבמהלך הבדיקה עלולה להתרחש התחממות של אחד האיברים ובמצבים נדירים אף לגרום לכוויה.
- *לבדיקות ארתרו בלבד**
- הוסבר לי הצורך בשימוש בחומר ניגוד בהזרקה תוך מפרקית בבדיקת MRI של אזור: _____ אני מצהיר/ה שהוסבר לי שלחומר הניגוד עלולות להיות תופעות לוואי כגון כאב מקומי, דימום (בעיקר בנבדקים הנוטלים תרופות נוגדות קרישה), ובמקרים נדירים זיהום.
- הוסבר לי כי במידה וההזרקה למפרק תתבצע תחת שיקוף רנטגן, יתכן ויוזרק בנוסף לגדוליניום חומר ניגוד על בסיס יוד. אני מצהיר/ה שניתן לי הסבר על תופעות לוואי אפשריות.

שם וחתומת נבדק: _____

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לנבדק/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה בפני לאחר שהבין/ה את הסברים במלואם.

תאריך _____ חתימה _____ מס' רישיון _____

במידה שהנבדק/ת אינו/ה כשיר/ה לחתום (קטין, פסול דין/חסוי):

הסכמת אפוטרופוס לביצוע הבדיקה

(יש לצרף העתק ת.ז של ההורה בה רשום הקטין או העתק צו מינוי אפוטרופוס במקרה של אפוטרופוס ממונה)

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאפוטרופוס של הנבדק/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה בפני לאחר שהבין/ה את הסברי במלואם.

תאריך _____ שם הרופא/ה וחתומה _____ מס' רישיון _____

שם האפוטרופוס _____ מס' ת.ז _____ קשר לנבדק/ת _____ חתימה _____

למילוי טכנאי המשמרת:

שם רופא המשמרת: _____ שם נציג/ת השירות: _____

שם טכנאי המשמרת: _____ האם הנבדק קיבל דיסק? כן/לא. אם לא, פרט/י: _____

שעת הזרקת חומר ניגוד: _____ מס' תמונות: _____

כמות חומר ניגוד שהוזרק: _____

מס' אצווה: _____ סוג חומר ניגוד: _____

נוהל מס' 03.30.01.02	מהדורה 2018-3	תוקף מתאריך 07.2014	עמוד 1 מתוך 1 עמודים
שם הנוהל: קבלת נבדק MRI		מאשר: צחי פינה, מנכ"ל	

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד

מור אינסייד בע"מ

, א.ג.ג.,

אני החתום /ה מטה,

פרטי הנבדק/ת:

_____ (שם פרטי)

_____ (שם משפחה)

פרטי האפטרופוס:

_____ (שם פרטי)

_____ (שם משפחה)

בעל/ת מ"ז _____ כתובת _____

נותן בזה רשות למור אינסייד בע"מ ו / או לעובדיה ו/או למי מטעמה, למסור ל _____ (להלן "המבקש"),

את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש בקשר עם הבדיקות אותן ערכתי במור אינסייד, תוצאותיהן, וכל הכרוך והקשור בכך, לרבות מידע על מצב בריאותי ו/או כל מחלה ו/או כל טיפול שקבלתי.

הנני משחרר / ת אתכם וכל רופא מרופאיכם וכל עובד אחר ו/או מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות

רפואית לגבי כל מידע המצוי אצלכם בכל הנוגע למצב בריאותי ו / או מחלותיי ו / או בדיקות שערכתי ומוותר/ת על סודיות

רפואית כלפי המבקש, ולא תהיה לי כלפיכם כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכה חוק הגנת

הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לענין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. כתב זה מחייב אותי, את בא כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מ"ז _____

תאריך _____ חתימה _____

במקרה שהנבדק/ת אינו כשיר/ה לחתום – פרטי האפטרופוס החותם*:

שם האפטרופוס _____ מס' ת.ז. _____ קשר לנבדק/ת _____ חתימה _____

* לאפטרופוס ממונה – לצרף העתק מאושר של צו המינוי.

פרטי עד לחתימה**שם: _____ ת.ז. _____ חתימה _____ מס' _____

רשיון _____ חותמת _____

** עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח.

• יש לצרף צילום ברור של תעודת הזהות

• יש להקפיד על כתב ברור וקריא