

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: בדיקת אקו לב דרך הוושט *Transesophageal Echocardiogram (TEE)*

הבדיקה בוחנת את מבנה הלב ותפקודו תוך שימוש בגלי על-קול (אולטרסאונד). על מנת לקבל תמונה מפורטת יותר של הלב (מאשר באקו רגיל) מוחדר לקיבה, דרך הוושט, צינור גמיש בקוטר של כ- 1 ס"מ (אנדוסקופ) שבקצהו מתמר. הבדיקה מבוצעת לאחר אלחוש מקומי של הלוע בעזרת תרסיס, ובדרך כלל גם הרדמה חלקית ע"י מתן תרופת הרגעה דרך הוריד. הבדיקה מתבצעת בשכיבה על צד שמאל ומשך הבדיקה, בדרך כלל, 10-20 דקות.

שם החולה

שם משפחה

שם פרטי

שם האב

ת.ז.

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

שם פרטי

שם משפחה

על מהלך בדיקת אקו לב דרך הוושט (להלן: "הבדיקה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הבדיקה העיקרית, לרבות: בחילה, שיעול חולף, או כאב קל בגרון לאחר הבדיקה.

כמו כן הוסבר לי שהסיכון בבדיקה, אם כי נדיר ביותר, הוא דימום או קרע של הוושט, בעיקר אצל חולים עם היצרות של הוושט ו/או הפרעה בבליעה. במקרים אלו ייתכן צורך בתיקון בניתוח. במקרים נדירים עוד יותר עלול סיבוך זה לגרום למוות. אצל חולים עם שיניים לא יציבות או עששת של השיניים עלול להיגרם נזק לשיניים. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש מקומי באמצעות תרסיס, ולהרדמה חלקית באמצעות הזרקת חומרי הרגעה לווריד לאחר שהוסבר לי שתרופות ההרגעה עלולות לגרום להפרעות בנשימה בעיקר אצל חולי ריאות קשים. כמו כן הובהר לי שבמצב ההרדמה החלקית תתכן שאיפת תוכן קיבה לריאות בעיקר בנבדקים שאינם בצום. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך

שעה

חתימת החולה

שם האפוסטרופוס (קירבה)

חתימת האפוסטרופוס (במקרה שלפסול דין, קטין או חולה נפש)

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

שם הרופא/ה

חתימה

מס' רשיון