

טופס הסכמה: הערכה אורודינמית של דרכי השתן

URODYNAMIC EVALUATION

הערכה אורודינמית היא בדיקה של תפקוד דרכי השתן התחתונות (שלפוחית השתן והסוגר) בבדיקה גמדיים הלחצים בשלפוחית השתן וחלל הבטן, זרימת השתן, ולפי הצורך גם הפעילות החשמלית של הסוגר. בבדיקה מונססת בצורה סטריילית ציגורית דקה לשלפוחית השתן, לאחר מכן תוכנס ציגורית דומה או לפי הטבעת או לגדתיק או לסטומה למדידת הלחצים בחלל הבטן. במקרים מסוימים יחוברו גם מדבקות, או מחטים ועירות לעור סביב פי הטבעת למדידת הפעילות החשמלית של הסוגר. דרך הציגורית בשלפוחית מוזרם נוזל סטריילי למילוי השלפוחית והנבדק/ת מתבקש/ת לדווח על תחושותיו במהלך המילוי וההשתנה כאשר הציגוריות נשארות במקומן עד לסיום הבדיקה. הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק/ת שוכב/ת פרקדן, יושב/ת או עומד/ת. כאשר הבדיקה מבוצעת בשילוב עם שיקוף רנטגן יש לדווח לבודק האם קיימת אפשרות של הריון.

שם החולה: _____ ת. ז. _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בביצוע בדיקה אורודינמית: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי כי הבדיקה עלולה להיות מלווה בתופעות לוואי הכוללות כאב קל במהלך ולאחר הבדיקה, אי נוחות, צריבה ותכיפות בהטלת שתן ואף יתכן שתן דמי. תופעות אלה הינן זמניות וברוב המקרים חולפות תוך כ-24 שעות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה האבחנתית, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הבדיקה כגון: הרחבת השופכה במקרים של היצרות, או השארת צנתר לאחר הבדיקה. ואני נותן/ת את הסכמתי לכך.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום בדרכי השתן ו/או המין מלווה בחום, צמרמורת ודימום שעלולים להצריך טיפול אנטיביוטי ואף אשפוז, ועצירת שתן שתצריך הכנסת צנתר לשלפוחית בשתן. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה האורודינמית.

אני יודעת/ם ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לגהלים 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)	(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	חתימת האפוסטרופוס

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 הרומא/ה	חתימת הרומא/ה	מס' רישיון
------------	---------------	------------

* מחקי את המיתר.



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל

