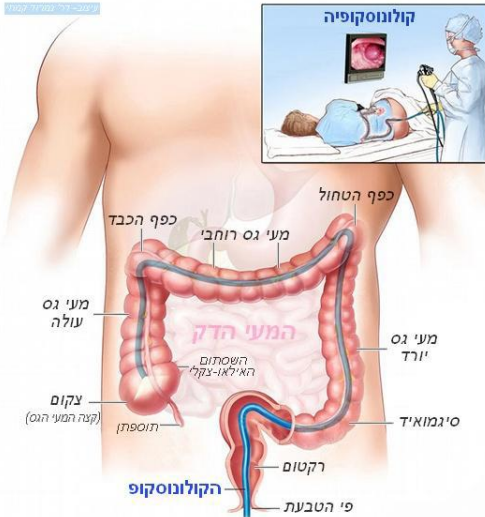


קולונוסקופיה באסותא רעננה – פרופ' דורון בולטין



דווח מזכירות גסטרו באסותא רעננה (רח' החרושת 14) **חצי שעה לפני** מועד הפעולה. חובה להגיע עם מלווה, הפנייה ות"ז. אסור לנהוג במשך 12 שעות אחרי הבדיקה.

לקראת הבדיקה:

- אין להפסיק אספירין לפני הבדיקה. יש להתייעץ עם רופא הגסטרו/משפחה לגבי הפסקת תרופות מדללי דם אחרות
- יש להתייעץ עם רופא המשפחה האם להפסיק תרופות לסכרת ביום שלפני הבדיקה
- **אם אתה סובל מעצירות** עליך לקחת תרופה משלשלת (עצירות/ביסקודיל/לקסעדין, פגלקס או נורמלקס) החל מהיום החמישי לפני הבדיקה

3 ימים לפני הבדיקה:

- **אסור לאכול**: פירות וירקות, קטניות (שעועית, חמוס, אפונה, עדשים, פול, תירס) ודגנים מלאים המכילים סיבים (לחם חי/ חיטה מלאה, שיבולת שועל, דגני בוקר, גרנולה)
- **מותר לאכול**: לחם לבן או פיתה מקמח לבן, פסטה, אורז לבן, עוף, דגים, הודו, מרק עוף, מוצרי חלב (שלא מכילים פירות)

24 שעות לפני הבדיקה

מותר לאכול ארוחה קלה ולאחר מכן **אסור לאכול בכלל**. יש לעבור לנוזלים צלולים (שקופים) כגון מיצים מסוננים, תה, מרק צח

שתיית פיקוסלקס ולקסעדין:

הכנת תמיסת הפיקוסלקס: לרוקן את תוכן השקית בכוס מים, לערבב משך 3 דקות.

למטופלים העוברים את הבדיקה אחרי 12:30

יום לפני הבדיקה בשעה 20:00
לשתות את תמיסת הפיקוסלקס הראשונה + 2 טבליות עצירות/ביסקודיל/לקסעדין

בבוקר הבדיקה, 6 שעות לפני מועד הקולונוסקופיה לשתות את תמיסת שקית הפיקוסלקס השנייה + 2 טבליות עצירות/ביסקודיל/לקסעדין

למטופלים העוברים את הבדיקה בשעות הבוקר : 08:00 – 12:30

יום לפני הבדיקה בשעה 14:00
לשתות את תמיסת הפיקוסלקס הראשונה + 2 טבליות עצירות/ביסקודיל/לקסעדין

יום לפני הבדיקה אחרי השעה 20:00 לשתות את תמיסת שקית הפיקוסלקס השנייה + 2 טבליות עצירות/ביסקודיל/לקסעדין

חלופה לבחירתך - מנה הראשונה של פיקוסלקס ועצירות/ביסקודיל/לקסעדין לשתות **11 שעות לפני** מועד הבדיקה, ואת המנה השנייה של פיקוסלקס ועצירות/ביסקודיל/לקסעדין לשתות **6 שעות לפני** מועד הבדיקה (ישפר את איכות הקולונוסקופיה אבל יפגע באיכות השינה בלילה...)

אחרי כל שקית פיקוסלקס תוך שעתיים חובה לשתות לפחות 1½ עד 2 ליטר של המשקאות הצלולים שפורטו לעיל.

החל משעתיים לפני הבדיקה - צום מוחלט
אם תצטרך לבטל את התור נא להודיע לשר"פ+ לפחות **שבועיים** מראש

טופס הסכמה : אנדוסקופיה של מערכת העיכול

GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים, דרכם ניתן לראות, ותצלול דרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר..
אורכו של האנדוסקופ נע בין 1.20 ל- 1.80 מטר, קוטרו 1 ס"מ, וניתן בעזרתו לבדוק את מערכת העיכול העליונה והתחתונה. בדרך כלל, לפני הבדיקה, מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אילחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי הנוחות שבבדיקה.
הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב על צידו השמאלי. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול עליונות, (אזופגוסקופיה, גסטרוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול תחתונות(סיגמואידוסקופיה, קולונוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך פי הטבעת. בהמשך מוחדרים דרכו מכשירים בהתאם לפעולות הנדרשות. משך הבדיקה נע, בדרך כלל, בין 15 דקות לשעה. במשך הבדיקה קיימת הרגעה של אי נוחות ונפיחות בבטן.

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

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

שם פרטי _____ שם משפחה _____
על הצורך בביצוע _____ איבחוני ו/או טיפולית לרבות לקיחת ביופסיה, כריתת פוליפים, צריבת
שם הפעולה _____

נקודות דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר*. פרט טיפול אחר _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרונן, חסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים האפשריים.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ותחושה של נפיחות בבטן.
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום או קרע של דופן מערכת העיכול, אשר בחלק מהמקרים יצריכו תיקון ניתוחי. בבדיקת דרכי עיכול עליונות עלול להיגרם נזק לשיניים עקב החדרת המכשיר דרך הפה. הסיכונים האמורים אינם שכחים.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך ביצוע הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שנוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרגעה ואילחוש מקומי לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר המאלחש.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו ביד מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד

יכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך שעה חתימת החולה _____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת שהסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס 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 חתימת הרופא/ה מס' רישיון _____

*מחקר/י את המיותר