

מטופל/ת יקר/ה,

במסגרת בדיקות להערכת מצבך הרפואי המליץ הרופא המטפל בך לעבור בדיקת ביופסיית כבד תחת הכוונה על קולית. מועד הבדיקה נקבע לתאריך \_\_/\_\_/\_\_ בשעה \_\_:\_\_(שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה ולכן נבקש את סבלנותכם).  
אנא הקפד:

- להיות בצום של כ-6 שעות לפני הבדיקה ללא שתייה.
- תרופות ניתן לקחת כרגיל למעט תרופות נוגדות קרישה.
- יש להביא מסמכים/בדיקות/צילומים רפואיים קודמים רלוונטיים במידה והם נמצאים בידך.
- יש להביא בדיקות דם עדכניות: תפקודי קרישה (PT, PTT, INR) וספירת דם מלאה. הפניה מצורפת.

את התשלום ניתן להסדיר במזומן, אשראי או על ידי המחאה ביום הבדיקה.  
במידה ואין באפשרותך להגיע, נא הודיענו בהקדם האפשרי

---

על-מנת שהבדיקה תתבצע בצורה הטובה ביותר אנו מבקשים להתייחס בקפדנות  
לכל ההוראות המצורפות:

1. הסבר והנחיות רפואיות
2. הפניה לבדיקות דם לפני הבדיקה.

## 1. הסבר והנחיות רפואיות

- עליך להגיע ביום הבדיקה מצויד בתוצאות בדיקות דם עדכניות (תפקודי קרישה וספירת דם). באם אין בידך בדיקות דם מהשבועיים האחרונים עליך לבצע את הבדיקה עד למועד שנקבע לבדיקת הביופסיה. מצורפת ההפניה הדרושה.
- מטופל הנוטל תרופות נוגדות קרישה מסוג אספירין, פלוויקס, או תרופות נוגדות דלקת שאינן סטרואידיות נמצא בסיכון לדימום. לכן יש להפסיק את הטיפול כשבוע טרם הבדיקה לאחר התייעצות עם רופא המשפחה, הקרדיולוג או הנוירולוג. בחולים בהם מתן התרופות הנ"ל הוא בחשיבות גבוהה (כמו לאחר אירוע מוחי או הכנסת תותב (סטנט) ללב בששת החודשים האחרונים) נא ליידע אותנו מראש.
- מטופלים הנוטלים קומדין הנם בסיכון מוגבר לדימום במידה והביופסיה הכרחית- ההמלצה היא להפסיק את הטיפול בקומדין ולשקול החלפתו בקלקסאן (בהתייעצות עם רופא המשפחה). במקרים אלו יש לבצע תפקודי קרישה יום לפני הבדיקה. את הקלקסאן יש להפסיק כ 12 - 24 שעות לפני הבדיקה.

## 2. הוראות הכנה לבדיקת ביופסיה כבד תחת הכוונה על קולית

### הנחיות לקראת הבדיקה

- א. במידה ואתה נוטל תרופות באופן קבוע יש להמשיך לקחת את כל התרופות כרגיל למעט תרופות נוגדות קרישה (נא להביא עמך את התרופות אותן אתה נוטל).
- א. לחולי סוכרת: אסור להזריק אינסולין בבוקר הבדיקה, אך יש להביא את האינסולין עימך. יש להביא גם אוכל לארוחה לאחר הבדיקה.
- ב. אם אתה נוטל תכשירים נוגדי קרישה (כולל אספירין, פלויקס) או מדללי דם (כגון קומדין), עליך להיוועץ ברופא המשפחה לפני הפסקת הטיפול.
- ג. עליך לבוא לבדיקה עם מלווה. הנהיגה ברכב לאחר הבדיקה אסורה.

### כלכלה

עליך להיות בצום של 6 שעות עד לבדיקה. מותר לשתות מים צלולים עד כ-3 שעות טרם הבדיקה.

### לאחר הבדיקה

- תנוחי בחדר ההתאוששות. המלווה יוכל לשהות לצדך.
- שתייה ואכילה בגמר הבדיקה מותרות בחדר ההתאוששות (רצוי להביא ארוחה קלה ושתייה).
- הוראות מעקב יינתנו ע"י הרופא שביצע את הבדיקה טרם תשוחרר לביתך.

#### Fine needle aspiration (FNA) \ Core needle biopsy (FNB) .4

דיקור מבוצע במטרה לקבל דגימת רקמה או תאים, לצורך קביעת אבחנה, ו/או להעריך את מידת השינויים/דרגת המחלה באיבר המטרה ומידת התפשטות המחלה. הדיקור מתבצע על ידי שימוש במחט המיועדת למטרה זו. לעיתים הדיקור מתבצע תחת אמצעי הדמיה. בעזרת המחט, נשאבים תאים/רקמה, ונמסרים לבדיקה ציטולוגית, בדיקה פתולוגית ו/או תרבית 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 לאחר הרדמה מקומית של מקום כניסת המחט. בהתחשב בגיל המטופל (ילדים) יוחלט על הצורך במתן הרדמה.

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
<p>אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט מ: פרופ זמיר הלפרן מ.ר: 12989 על צורך בביצוע Fine needle aspiration \ Core needle biopsy להלן: "הבדיקה העיקרית"</p>			
<p>הוסבר לי שבמהלך הבדיקה צפויים תחושה של אי נוחות וכאב באזור הדיקור. לעיתים, במקום הדיקור מופיע שטף דם מקומי. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים של הבדיקה העיקרית לרבות: כאבים ממושכים, זיהום במקום הדיקור ו/או באיבר המטרה, דמם נמשך, אשר בחלק מהמקרים יצריך אשפוז להשגחה. לעיתים רחוקות יצריך הדמם עירוי דם או ניתוח לעצירת הדמם. לעיתים נדירות תגרם פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול. במקרים נדירים ביותר עלולים סיכוכים אלו להסתיים במוות. אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.</p> <p>וכמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה ו/או מיד לאחר מכן יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה, או לנקוט בתהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או מניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המרפאה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הבדיקה העיקרית.</p> <p>הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, 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.</p>			
תאריך	שעה	חתימת החולה	
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		
<p>אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוסו של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.</p>			
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס/ רישיון	
*מחקר/י את המיותר			

לכב'  
הרופא המטפל/  
המעבדה

### הנידון: בקשה למידע רפואי וכיצוע בדיקות דם

שלום רב,

מר / גב' \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ נמצא בטיפול ומוזמן לבדיקת ביופסיה של הכבד.  
על מנת לבצע את הבדיקה אודה לך באם תמסור מידע רפואי החשוב לביצוע הבדיקה כמו:  
נטייה לדימומים, צורך בכסוי אנטיביוטי ומחלות אחרות הדורשות השגחה מיוחדת.

בנוסף אבקש לבצע את בדיקות הדם הבאות:

ספירת דם

תפקודי קרישה (PTT, PT)

בכבוד רב ותודה על שיתוף הפעולה