

מטופל/ת יקר/ה,

במסגרת בדיקות להערכת מצבך הרפואי המליץ הרופא המטפל כך לעבור בדיקת ביופסיה של הערמונית מונחית ע"י אולטראסאונד טרנסרקטלי (TRUS).

מועד הבדיקה נקבע לתאריך __/__/__ בשעה __: __ (שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיכן המתנה ולכן נבקש את סבלנותכם). אנא הקפד להביא:

- אמצעי תשלום כמפורט למטה.
- מסמכים/בדיקות/צילומים רפואיים קודמים במידה והם נמצאים בידך.
- טופס הסכמה לבדיקה החתום על ידך.
- שאלון רפואי לאחר מילוי על ידך.

את התשלום ניתן להסדיר במזומן, אשראי או על ידי המחאה ביום הבדיקה. בנוסף ניתן להסדיר את התשלום על ידי המצאת התחייבות לתשלום מחברת הביטוח שתועבר אלינו על ידך לפני מועד הבדיקה. באם לא הומצאה התחייבות לתשלום עד למועד הבדיקה יש לשלם במעמד הבדיקה. עם הקבלה והחשבונית תוכל לפנות לחברת הביטוח על מנת לקבל החזר כספי.

לתשומת לבך - לעיתים רחוקות יתכן ולאחר לקיחת ביופסיה תידרשנה בדיקות מעבדה נוספות על מנת לאבחן את הממצא בצורה מדויקת. עבור בדיקות אלו תידרש לשלם תשלום נוסף. מכיוון שלא ניתן לצפות מראש את הצורך בבדיקות אלו התשלום יוסדר עם פניית המרפאה אליך בנושא, ויתבצע טלפונית באמצעות כרטיס אשראי.

במידה ואין באפשרותך להגיע, נא הודיענו בהקדם האפשרי

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

1. טופס הכנה והסבר לבדיקה
2. טופס הסכמה מדעת לכיצוע בדיקה פולשנית, עליו תחתום ואיתו תגיע ביום הבדיקה.
3. שאלון רפואי אותו תמלא ואיתו תגיע גם כן ביום הבדיקה.
4. מרשמים הנחוצים להכנה לפני הבדיקה
5. הפנייה לרופא המטפל לכיצוע בדיקת תרבית שתן
6. מכתב לחברת הביטוח להסדר כספי

במידה ואת/ה מעוניין/ת ללמוד יותר על מהות הבדיקה, ניתן לפנות לאתר האינטרנט של המכון בכתובת www.gastromed.co.il. במידה ומתעוררות שאלות לקראת ההכנה לבדיקה ניתן לפנות להתקשר למרפאת גסטרומד בטלפון 03-6970700

1. טופס הכנה והסבר לבדיקה

בדיקת הביופסיה של הערמונית הינה פולשנית יותר מבדיקת האולטראסאונד ומחייבת הכנה אשר תפורט בהמשך. הביופסיה מבוצעת ע"י רופאים מומחים ומנוסים בעזרת מחט עדינה ובעזרת אקדח ביופסיה מתאים. כתוצאה מכך קיים כאב מזערי ולשם כך תקבל הרדמה מקומית. לאחר הביופסיה תשחרר מיד לביתך. אין צורך בהשגחה רפואית מיוחדת

לקראת הבדיקה

- חולים הנוטלים תרופות מדללות דם (כגון אספירין וקרטייה) או נוגדי קרישה (כגון קומדין) חייבים להפסיק את התרופה כ- 10 ימים לפני ביצוע הביופסיה בתיאום עם הרופא המפנה והאורולוג המבצע את הביופסיה.
- יש להביא תוצאות בדיקת תרבית שתן שלילית מקופת חולים. ללא תוצאות אלה, לא ניתן לבצע את הביופסיה
- כ- 3 שעות לפני הבדיקה יש להתנקות ולבצע חוקן מסוג EASY GO
- על מנת להקטין את הזיהומים בדרכי השתן יש ליטול אנטיביוטיקה יום לפני הפעולה, ביום הפעולה ו-3 ימים לאחר מכן.
- האנטיביוטיקה המומלצת היא: TARIVID 200 MG פעמיים ביום או CIPROXIN 500 MG פעמיים ביום.
- אין צורך להגיע בצום. ניתן לאכול ולשתות כרגיל

תופעות הלוואי מוכרות ושעלולות להופיע לאחר הפעולה

- דימום קל בשתן או מאיזור פי הטבעת
- דמם קל בזמן שפיכת זרע
- הפרעה בהטלת שתן
- דלקת בדרכי השתן עם עליית חום

2. טופס הסכמה: דיקור אבחנתי

Fine Needle Aspiration / Needle Biopsy / Core Needle Biopsy

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 המחלט המיועדת למטרה זו. לעיתים מתבצע הדיקור 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 לחזור על הפעולה פעם נוספת. בהתחשב בגיל המטופל ובסוג הדיקור יוחלט על הצורך במתן הרדמה.

שם החולה:

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

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

שם משפחה	שם פרטי
_____	_____

על הצורך בביצוע Fine Needle Aspiration / Needle Biopsy / Core Needle Biopsy

מ- _____ (להלן: "הבדיקה העיקרית") ציין שם האיבר

הוסבר לי שבמהלך הבדיקה צפויים תחושה של אי נוחות וכאב באזור הדיקור. לעיתים במקום הדיקור מופיע שטף דם מקומי. כמו-כן הוסבר לי הסיכונים והסיכונים 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 סיכונים אלו להסתיים במוות.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה ששימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה העיקרית או לאחריה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה, או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הבדיקה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הבדיקה העיקרית בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית 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 המטופל
_____	_____	_____

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/ את המיותר

3. בקשה לפרטים על מצב רפואי

הוחלט שעליך לבצע ביופסיה ערמונית מונחית אולטראסאונד טרנס רקטלי. לשם כך מומלץ לברר מספר פרטים רפואיים על מצבך הרפואי על מנת שנהיה מוכנים לפעולה באופן המרבי. אודה לך באם תמלא השאלון ותוסיף כל מידע שלדעתך נחוץ טרם תחילת הבדיקה.

האם אתה סובל מאחת מהבעיות הבאות:

אנא סמן X בריבוע המתאים, ובמידה והתשובה חיובית ניתן לפרט בסוף המסמך בהערות

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב | <input type="checkbox"/> כריתת פוליפ/ סרטן בעבר |
| <input type="checkbox"/> תעוקת חזה | <input type="checkbox"/> סרטן אחר |
| <input type="checkbox"/> מחלת מסתמים הדורשת טיפול אנטיביוטי מונע | <input type="checkbox"/> בקע (שבר, הרניה) |
| <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם | <input type="checkbox"/> ניתוחים בעבר |
| <input type="checkbox"/> אסטמה | <input type="checkbox"/> סוכרת: <input type="checkbox"/> כדורים |
| <input type="checkbox"/> מחלת ריאות כרונית | <input type="checkbox"/> אינסולין |
| <input type="checkbox"/> דלקת כבד/שחמת | <input type="checkbox"/> נטייה לדימום: <input type="checkbox"/> אספירין |
| <input type="checkbox"/> מחלת כליות | <input type="checkbox"/> תרופות כנגד כאב |
| <input type="checkbox"/> עיוות של הלסת/צוואר | <input type="checkbox"/> נטייה משפחתית |
| <input type="checkbox"/> גלאוקומה | <input type="checkbox"/> מחלת דם |
| <input type="checkbox"/> טיפול בסטרואידים | <input type="checkbox"/> קומדין |
| <input type="checkbox"/> אירוע מוחי (CVA) בגסטרוסוקפיה | <input type="checkbox"/> שיניים תותבות/גשרים (נשלף) |
| <input type="checkbox"/> אפילפסיה | <input type="checkbox"/> אלרגיה לתרופות |
| <input type="checkbox"/> עישון | <input type="checkbox"/> אלרגיה אחרת |
| <input type="checkbox"/> אחר | |

אנא רשום את כל התרופות (גם ללא מרשם רפואי כויטמינים וצמחי מרפא) שאתה נוטל/ת. יש להקפיד על תרופות כמו אספירין, קומדין, פליבקס, סטרואידים או אנטיביוטיקה!!!!

פירוט והערות:

בכבוד רב ובתודה על שיתוף הפעולה

4. מרשם רפואי:

Rx.

1. Tarivid 200 Mg X 2 ביום - למשך 5 ימים
2. EASY GO 180 ML X 1

לכב'
הרופא המטפל/
המעבדה

הנידון: בקשה למידע רפואי וביצוע בדיקות דם

שלום רב,

מר / גב' _____ ת.ז: _____ נמצא בטיפול ומוזמן לביופסיית ערמונית מונחית אולטראסאונד טרנסרקטלי 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