

מטופל/ת יקר/ה,

במסגרת בדיקות להערכת מצבך הרפואי המליץ הרופא המטפל בך לעבור בדיקת ביופסיית צוואר (תירואיד ו/או בלוטת לימפה). מועד הבדיקה נקבע לתאריך __/__/__ בשעה __:__(שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה ולכן נבקש את סבלנותכם).
אנא הקפד:

- להיות בצום של כשעתיים לפני הבדיקה ללא שתייה.
- ליידע מראש את מזכירות המרפאה אם הינך נוטל תרופות נוגדות קרישה כמפורט בהמשך.
- להביא צילומים רפואיים קודמים רלוונטיים במידה והם נמצאים בידך.

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. הוראות הכנה לבדיקה.
3. טופס הסכמה לבדיקה עליו יש לחתום ולהביא עימך ביום הבדיקה.

1. הסבר והנחיות רפואיות

- הבדיקה מתחילה בבדיקת אולטרהסאונד רגילה לצוואר לשם הערכת הממצאים אותם יש לנקר.
- לאחר סיום הבדיקה נערכת שיחת הסבר בין הרופא המבצע לבין המטופל.
- הביופסיה מתבצעת בהמשך לבדיקת האולטרהסאונד על ידי אותו הרופא שביצע את האולטרהסאונד. לעזרתו נמצא ציטולוג במהלך הבדיקה.
- מחט דיקה (ל-FNA- בדיקה ציטולוגית) מוחדרת במהלך הבדיקה לתוך התהליך שיש לבצע בצוואר. הנ"ל מתבצע תחת הכוונה על קולית (בדרך מל עורית).
- לא מתבצעת הרדמה מקומית לאור העובדה שזריקת ההרדמה כואבת יותר מהדיקור עצמו.
- במידה והתהליך הנבדק דורש מחט עבה יותר FNB- (רקמה) מתבצעת הרדמה מקומית.
- בדרך כלל נהוג לבצע שניים-שלושה דיקורי FNA לתהליך אחד. החומר שהוצא מועבר מיידית לציטולוג הנמצא בחדר. במידה והחומר שהוצא מספק- הבדיקה מסתיימת. במידה ולא- נלקחות דגימות נוספות מיד בהמשך.
- לאחר סיום הבדיקה המטופל נשאר בקבלת המרפאה למשך 15-20 דק'.
- מומלץ שלא לבצע פעילות גופנית מאומצת בהמשך יום הבדיקה.
- אין הגבלות לגבי אוכל ושתייה.

2. הוראות הכנה לבדיקת ביופסיית צוואר (תירואיד ו/או בלוטת הלימפה)

הנחיות לקראת הבדיקה

- במידה והינך נוטל תרופות נוגדות קרישה (כגון אספירין, פלוויקס וקומדין) יש ליידע את מזכירות המרפאה איזה תרופות נלקחות, מה המינון ומהי הסיבה לנטילתן.
- כלכלה
- עליך להיות בצום מאוכל ושתייה כשעתיים עד לבדיקה. לפני הצום יש לאכול ארוחה קלה.
- יש להביא ביום הבדיקה צילומים קודמים הרלוונטיים לבדיקה לשם השוואה.

לאחר הבדיקה

- תנחלי בחדר הקבלה כ-15-20 דק'.
- מומלץ שלא לבצע פעילות גופנית מאומצת בהמשך היום.
- אין הגבלות לגבי אוכל ושתייה.
- הבדיקה תשלח למעבדה הציטולוגית. תשובה מהמעבדה מגיעה לרופא המבצע כשבוע מיום הבדיקה. הרופא המבצע יצור עימך קשר למתן התשובה והסברים. תשובה בכתב תשלח על ידי צוות המרפאה בפקס/בדואר למטופל ולרופא המפנה.

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

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.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט מ: פרופ' זמיר הלפרן מר: 12989 על צורך בביצוע Fine needle aspiration \ Core needle biopsy להלן: "הבדיקה העיקרית" הוסבר לי שבמהלך הבדיקה צפויים תחושה של אי נוחות וכאב באזור הדיקור. לעיתים, במקום הדיקור מופיע שטף דם מקומי. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים 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 סיבוכים אלו להסתיים במוות. אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית. 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. 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.			
תאריך	שעה	חתימת החולה	
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול 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	חתימת הרופא/ה	מס/ רישיון	
*מחקר/י את המיותר			