



טופס הסכמה מדעת לביצוע ביופסיה

במסגרת הבדיקות הרפואיות שבוצעו, הקלינית, הממוגרפיה, והסינוגרפיה נמצאו ממצאים המחייבים השלמת הבירור בביופסיה. הנך מתבקש/ת לקרוא בעיון את דף ההסבר המתאר את כל מהלך הפרוצדורה ולחתום בסוף הדף על הסכמתך לביצוע הביופסיה. הסכמתך המאושרת בחתימתך נדרשת על פי חוק זכויות החולה.

הביופסיה מתבצעת בהדמיית הממצא בסונוגרפיה (US)

מהלך הביופסיה: הדגמת הממצא בדיוק כמו שבוצעה בבדיקת הסונוגרפיה כבר קודם לכן. חיטוי העור. ביצוע הרדמה מקומית. כאשר ההרדמה מקומית אפקטיבית, חיתוך בעור באורך 2-3 מ"מ ודרך החתך החדרת מחט הביופסיה עד לממצא בשד. כאשר מיקום המחט מצוי מול הממצא בשד מבוצעת לקיחת הדוגמה תוך החדרת מחט הלקיחה דרך הממצא. הלקיחה עצמה מלווה ברעש קל הנוצר עקב הפעלת האקדח מבוצעות מספר נגיסות, לפחות 4, בממצא ע"מ שכמות הרקמה הנלקחת מספקת את המעבדה הפתולוגית ומייצגת את כלל הממצא ממנו נדרשת הביופסיה.

עם סיום הלקיחות, מבוצעת בקרת דמם מקומית, כיסוי החתך בפרפריות, מעליהם גאזה קטנה לאינדיקציה של בקרת הדמם ועל הגאזה חבישה פלסטית המכסה את כל האזור לאפשר רחצה. החבישה נותרת על מקום החתך 4 ימים.

ביציאה מחדר הביופסיה יינתן הסבר רציף על כל שלב ושלב.

הסיבוכים האפשריים הינם נדירים, העיקרית שבהם הינה דמם והוא ניתן לשליטה בצורה קלה במהלך ביצוע הביופסיה ובסיומה. מאותה הסיבה חובה לוודא הפסקת טיפול בנוגדי קרישה לפני ביצוע הביופסיה. סיבוכים אפשריים: זיהומים וחזה אוויר. כמו כן חובה ליידע קיום רגישות ללידוקאין, אותה הרדמה כמו בטיפול שיניים, ואז עוברים לשימוש במרקאין. בזריקת הרדמה אין שימוש באדרנלין הקיים בהרדמות לשיניים. במקרים נדירים של רגישות ידועה לכפפות לאטקס נא ליידע מראש את הצוות.

ת.ז. _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

חתימה/ת הנבדק/ת _____ תאריך _____ שעה _____

שם האב _____

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא _____ מס' רישיון _____