

מכון גסטרו

הכנה לקראת ביצוע קולונוסקופיה עם מוביפרפ

הופנית לבדיקת קולונוסקופיה, פרוצדורה שמעריכה מחלות של המעי הגס או כבדיקת סקר שהוכחה כמורידה את הסיכוי לחלות בסרטן המעי הגס ע"י זיהוי והסרת ממצאים טרום סרטניים.

להכנה לפני הבדיקה ע"י כלכלה מתאימה ושתיית חומרים משלשלים יש חשיבות רבה בהצלחת הבדיקה.

מאחר שרק ניקוי טוב של חלל המעי הגס מאפשר בדיקה יעילה. איכות הבדיקה תלויה באיכות ההכנה.

1. במידה ויש - עליך להביא כל חומר אבחוני הקשור לבדיקה.
2. היוועץ עם רופא המשפחה לגבי נטילת תרופות נוגדות קרישה כגון אספירין/קרטיה, מיקרופרין, קומדין, פלביקס וכד'...
3. תרופות לסוכרת: יש לתאם את אופן לקיחת התרופות עם הרופא המטפל.
4. ביום הבדיקה יש להצטייד בתעודה מזהה, הפניה והתחייבות לבדיקה.
5. מוביפרפ לא מומלץ לאנשים חסרי האנזים G6PD או אי ספיקה כלייתית חמורה. יש להתייעץ עם הרופא המפנה לגבי בחירת חומר ההכנה.

- עליך לבוא לבדיקה עם מלווה כ-15 דקות לפני מועד הבדיקה.
- לאחר הבדיקה הנהיגה ברכב/אופנוע. אסורה עקב מתן תרופות שפוגעות בערנות.
- הגעה לבדיקה תחת טשטוש עם נשק אסורה בהחלט.

במידה ושעת הבדיקה היא עד 15:00

יום לפני הבדיקה:

אסורה בהחלט כל היום אכילת מאכלים עשירים בסיבים כמו: גרעינים, פירות, ירקות, דגנים מלאים, לחם חי וכו' **מותר לאכול עד שעה 10:00 בבוקר:** כלכלה דלת סיבים כמו: מוצרי חלב, לחם לבן, ביצים, אורז לבן, דגים, עוף, מרק צח (ללא ירקות). לאחר מכן מתחילים צום מאוכל שיימשך עד לסיום הבדיקה. מומלץ להרבות במשך היום בשתיית נוזלים כולל מרק צח, תה, נס קפה ונוזלים צלולים אחרים.

יום לפני בשעה 16:00: לקחת 2 כדורי לקסדין ביחד.

יום לפני בשעה 18:00: למהול את תוכן שקית שקופה #1 של מוביפרפ (כולל 2 שקיקים בתוכה) ב-1 ליטר מים ולערבב. ניתן להוסיף תמצית/סירופ/חומר טעם.

לשתות את התמיסה בקצב של כוס כל 15 דק' ולסיימה תוך שעה.

מותר להמשיך שתיה מתונה של נוזלים (כולל מים, מיץ או מרק צלול, תה, נס קפה) **עד 2 שעות לפני הבדיקה.**

יום הבדיקה: 4-5 שעות לפני הבדיקה: למהול את תוכן שקית שקופה #2 של מוביפרפ (כולל 2 שקיקים בתוכה) ב-1 ליטר מים ולשתות באותו קצב.

על אף הקושי, איכות הבדיקה תלויה בלקיחת מנה השנייה בזמנה.

במידה ושעת הבדיקה היא אחרי 15:00

יום לפני הבדיקה מותר לאכול עד הערב: כלכלה דלת סיבים כמו: מוצרי חלב, לחם לבן, ביצים, אורז לבן, דגים, עוף, מרק צח (ללא ירקות).

אסורה בהחלט כל היום אכילת מאכלים עשירים בסיבים כולל גרעינים, פירות, ירקות ודגנים מלאים, לחם חי. **יום הבדיקה בשעה 6:00:** לקחת 2 כדורי לקסדין ביחד.

יום הבדיקה בשעה 7:00: יש לשתות את תמיסת **תוכן שקית שקופה #1** (2 שקיקים) מהול בליטר מים בקצב של כוס כל 15 דקות ולסיים במשך שעה. ניתן להוסיף תמצית/סירופ/חומר טעם.

מותר להמשיך שתיה מתונה של נוזלים (כולל מים, מיץ או מרק צלול, תה, נס קפה ללא חלב) **עד 2 שעות לפני הבדיקה.**

יום הבדיקה חמש שעות לפני שעת הבדיקה יש לשתות את תמיסת **תוכן שקית שקופה #2** (2 שקיקים) מהול בליטר מים אותו קצב במשך שעה.

התגובה לחומרים המשלשלים בד"כ אינה מידית ולוקחת מספר שעות עד שמשפיעה. יש להיוועץ ברופא במקרה של כאבי בטן חריפים וממושכים, הקאות חריפות, כאב ראש חריג, בלבול או הרגשה רעה.

דף זה נועד לספק מידע והנחיות כלליות לנבדק ואינו תחליף להתייעצות עם רופא.



טופס הסכמה לאנדוסקופיה של מערכת העיכול

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים ומצלמת וידאו, דרכם ניתן לראות, ותעלות 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 כ-1.0 ס"מ וניתן בעזרתו לבדוק את מערכת העיכול העליונה והתחתונה. לפני הבדיקה מקבל הנבדק, בדרך כלל, תרופות הרדמה ו/או טשטוש/או אלחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי הנחות שבבדיקה, לפיכך לבדיקה תחת טשטוש אסורה הגעה עם נשק וכמו כן אסורה נהיגה בכלי רכב לאחריה.

כאשר מדובר בבדיקה של דרכי העיכול העליונות (אזופגוסקופיה, גסטרוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי העיכול התחתונות (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 או לאחריה עלולה להיווצר הרגשה של אי נוחות ונפיחות בבטן. יכול הדיוק באבחון נגעים בבדיקה תלוי באיכות ההכנה לבדיקה ובמבנה המעי וידוע כי ישנם נגעים אשר אינם מאובחנים גם לאחר בדיקה אנדוסקופית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם פרטי ומשפחה

על הצורך בביצוע (רופא - נא לסמן) קולונוסקופיה / גסטרוסקופיה / סיגמואידוסקופיה האבחונת ו/או טיפולית לרבות לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות או אזורי דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר, טיפול אחר _____ (להלן "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי קיומן של חלופות אבחנותיות ו/או טיפוליות אחרות, יתרונן, חסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים האפשריים.

הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות בגרון (באנדוסקופיה של מערכת עיכול עליונה) ותחושה של נפיחות בבטן.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום או קרע/התנקבות של דופן המעי או חלק אחר של מערכת העיכול. סיכונים אלה אינם שכיחים, אולם הם עלולים לגרום, בחלק מהמקרים לאשפוז ולטיפולים נוספים ואף לתיקון ניתוחי. בבדיקת דרכי העיכול העליונות עלול להיגרם נזק לשיניים עקב החדרת האנדוסקופ דרך הפה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/השקיימת אפשרות שתוך ביצוע הטיפול העיקרי או מיד לאחריו כתוצאה מהתנקבות או דימום משמעותי יתברר שיש צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני ואני מסכים/ה גם לביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניות או דרושות כאמור.

הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרדמה ו/או טשטוש ו/או אלחוש מקומי, לאחר שהוסבר לי השימוש בתרופות האלה עלולים 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 יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני מצהיר/ה בזאת ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר מפורט על הטיפול, הבנתי אותו וניתנו לי תשובות על שאלותיי לשביעות רצוני המלאה.

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל/נבדק _____

שם האפוסטרופוס (קירבה למטופל) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס/למתרגם של החולה (נא להקיף בעיגול) את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני ולאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם רופא/(חותמת) _____ חתימת רופא _____ תאריך ושעה _____