

Гастроэнтерологическая клиника – больница Мисгав ледах.

Подготовка к колоноскопии с помощью мерокэна.

Вас направили на колоноскопию. Эта процедура позволяет диагностировать болезни толстого кишечника, выполнять профилактические проверки с целью выявления опухолей на ранней стадии и возможности их устранения (удаление полипов и т.д.), а также снизить количество случаев раковых заболеваний. Хорошая подготовка к данной процедуре очень важна для её успешного проведения, т.к. лишь тщательное очищение толстого кишечника позволяет эффективно провести колоноскопию.

1. Вам следует принести на исследование все диагностические материалы, связанные с исследованием (если таковые у Вас имеются).
2. Необходимо посоветоваться с лечащим врачом на предмет необходимости прекращения приема антикоагулянтов (противосвертывающих препаратов) таких как аспирин/картия, микропирина, кумадина и т. д., перед проверкой.
3. Препараты от сахарного диабета: следует обсудить с лечащим врачом способ приема этих препаратов.
4. Следует иметь при себе направление, удостоверение личности и обязательство о финансовой оплате со стороны вашей больничной кассы (итхайвут).
5. Подготовка с помощью мерокэна обычно даётся пациентам с заболеваниями почек, следует проконсультироваться с лечащим врачом о виде препарата, которое вы будете использовать для выполнения подготовки.

На процедуру желательно прийти за 15 минут до назначенного времени и с сопровождающим!
После исследования нельзя водить автомашину или мотоцикл, так как Вы получите препараты, нарушающие координацию движений.
Запрещается приходить на процедуру выполняемую под наркозом, имея при себе оружие.

Питание и подготовка к процедуре:

Если ваша процедура назначена до 15:00:

За день до процедуры:

* запрещается употребление пищи, содержащей клетчатку, как то фруктов, овощей, черного хлеба и хлеба из цельной муки, отрубей и овсянки.

* До 10:00 можно употреблять молочные продукты, белый хлеб, яйца, белый рис, рыбу, куриное мясо, бульон (без овощей).

* После 10:00 необходимо прекратить принятие пищи, можно только пить: прозрачный суп (без овощей), растворимый кофе и любую другую жидкость. Рекомендуется пить как можно больше.

Нужно развести весь порошок мерокэна в 3 литрах воды и хорошо размешать. Можно добавить для вкуса сироп.

* В 16:00 вы должны принять 2 таблетки Лаксадина.

* В 18:00 нужно выпить половину полученной жидкости (1.5 литра), по стакану каждые 15-20 минут. Рекомендуется продолжать пить как можно больше.

В день проверки:

* за 4-5 часов до проверки вам необходимо допить оставшуюся жидкость, в том же темпе, что и предыдущие 1,5 литра.

Прекратите пить за 2 часа до процедуры.

Если ваша процедура назначена после 15:00:

За день до проверки можно принимать в пищу только: молочные продукты, белый хлеб, яйца, белый рис, рыба, куриное мясо, бульон (без овощей).

В день проверки:

* **Нельзя принимать пищу в день проверки**

* **в 6:00** вы должны принять 2 таблетки Лаксодина.

* **в 8:00** необходимо выпить весь раствор мерокэна (3 литра) в течении 4 часов, по стакану каждые 15-20 минут.

* **желательно пить как можно больше, для того чтобы предотвратить обезвоживание.**

Прекратите пить за 2 часа до процедуры.

* **по возможности используйте жидкости богатые электролитами (прозрачный сок, прозрачный суп...)**

Реакция на слабительные препараты не мгновенна, – пройдет несколько часов прежде чем они подействуют. Если вы почувствуете острую и продолжительную боль в области живота, сильную рвоту, сильную головную боль, общее плохое состояние, следует обратиться к лечащему врачу и проконсультироваться с ним.

Данный документ предоставляет лишь общие рекомендации, необходимые при подготовке к процедуре и не заменяет собой консультацию и рекомендации врача.

С уважением, медперсонал гастроэнтерологической клиники.



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 דמם, 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 הנוחות 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 נגיעים בבדיקה תלוי באיכות ההכנה לבדיקה ובמבנה המעי וידוע כי ישנם נגיעים 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 האבחונית ו/או טיפולית לרבות לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות או אזורי דמם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר, טיפול אחר _____ (להלן "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי קיומן של חלופות אבחנותיות ו/או טיפוליות אחרות, יתרון, חסרון, 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/הומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/השקיימת אפשרות שתוך ביצוע הטיפול העיקרי או מיד לאחריו כתוצאה מהתנקבות או דימום משמעותי יתברר שישי 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 שהשימוש 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/מסכים/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 ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר מפורט על הטיפול, הבנתי אותו וניתנו לי תשובות על שאלותי לשביעות רצוני המלאה.

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל/נבדק _____

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס/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 _____

Форма согласия

Эндоскопия пищеварительного тракта

Эндоскоп это гибкий шланг, внутри которого находятся оптические волокна и видеокамера, позволяющие обзор, также полости, через которые можно проводить инструменты для взятия биопсии, удаления полипов, прижигания мест кровотечения, лечения варикоза и удаления чужеродных тел. Длина эндоскопа составляет от 1.20 до 1.80 метров, диаметр около 1 см, и с его помощью мы можем проверить верхний и нижний отделы пищеварительной системы. Перед исследованием пациент обычно получает препараты для наркоза или местного обезболивания, для снижения уровня дискомфорта от проверки. Поэтому при проведении исследования под наркозом запрещено приходить на процедуру с оружием, и управлять машиной после нее.

При проведении исследования верхнего отдела пищеварительного тракта (эзофагоскопия, гастроскопия) эндоскоп вводится через рот. При проведении исследования нижнего отдела пищеварительного тракта (сигмоидоскопия, колоноскопия) эндоскоп вводится через задний проход. Затем через него вводятся инструменты в соответствии с требуемыми процедурами. Продолжительность исследования - от 15 минут до часа. В процессе исследования и после него могут возникнуть дискомфорт и вздутие живота. Уровень точности диагностики обнаружений при исследовании зависит от качества подготовки к исследованию и строению кишечника, и известно, что встречаются образования, которые не диагностируются при эндоскопическом исследовании.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил(а) полное устное объяснение от д-ра:

Имя и фамилия _____, о необходимости проведения диагностической и/или лечебной (врач - отметьте) колоноскопии / гастроскопии / сигмоидоскопии, включая взятие биопсий, удаление полипов, прижигание мест или участков кровотечения, лечение варикоза и удаление чужеродных предметов, или другое лечение _____ (далее «основное лечение»).

Мне были объяснены альтернативные способы диагностики и лечения, их преимущества и недостатки, побочные явления и возможные осложнения.

Мне были объяснены побочные явления основного лечения, включая боль, дискомфорт в горле (при эндоскопии верхнего отдела пищеварительной системы) и ощущения вздутия живота.

Также мне объяснили вероятные осложнения, включая: кровотечение или разрыв/прокол стенки кишечника или другой части пищеварительной системы. Такие осложнения редки, но в некоторых случаях они могут потребовать госпитализации и других процедур, включая оперативное вмешательство. При проверке верхних пищеварительных путей возможно повреждение зубов в результате введения эндоскопа через рот.

Настоящим я заявляю и даю свое согласие на то, что мне объяснили и я понял(а), что существует вероятность того, что при проведении исследования или сразу после него в результате прокола или значительного кровотечения возникнет необходимость в проведении тех или иных процедур, включая хирургические действия для спасения жизни или предотвращения телесных повреждений, и я даю свое согласие на проведение тех или иных процедур, включая хирургические действия, необходимые по мнению врачей медицинского учреждения.

Настоящим я также даю свое согласие на введение препаратов для общего и/или местного наркоза, после того, как мне объяснили, что введение данных препаратов в редких случаях может привести к гипоксии и нарушениям работы сердца, в основном у лиц, страдающих от заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой системы, а также возможна аллергическая реакция разной степени на анестетические вещества.

Я знаю и даю свое согласие на то, что основное лечение и все основные процедуры будут проводить назначенные специалисты, в соответствии с правилами и регламентом медицинского учреждения, и мне не было обещано их выполнение в целом или в отдельности конкретным специалистом, кроме соблюдения меры ответственности медицинского учреждения в соответствии с законом.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я получил(а) подробное объяснение о лечении, понял(а) его и получил(а) полностью удовлетворяющие меня ответы на свои вопросы.

Дата _____ **Время** _____ **Подпись пациента** _____

Имя опекуна (степень родства с пациентом) _____ **Подпись опекуна (в случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного лица)** _____

Настоящим я подтверждаю, что устно объяснил(а) пациенту(ке) / опекуну пациента(ки) / переводчику пациента(ки) (обвести нужное) все вышеупомянутое со всеми необходимыми подробностями и что пациент(ка) подписал(а) форму согласия после того как я убедился(лась) в том, что мои объяснения поняты полностью.

Имя врача / (печать) _____ **Подпись врача** _____ **Дата и время** _____