

דף מידע והנחיות למטופל/ת

דף הסבר והנחיות לקראת בדיקת אולטרה סאונד אנדוסקופי (EUS)

מהי בדיקת EUS?

מדובר בבדיקה המבוצעת בעזרת מכשיר אופטי גמיש המוחדר דרך הפה שבקצהו מצוי מתמר אולטראסאונד המאפשר בדיקה מדויקת ביותר של דופן מערכת העיכול ושל האיברים הסמוכים כגון הלב, דרכי המרה, הכבד והטחול. במהלך הבדיקה, במידת הצורך, ניתן לקחת דגימת רקמה (ביופסיה) באמצעות מחט מיוחדת המוחדרת דרך האנדוסקופ, תחת הנחיית אולטרה סאונד. הבדיקה מאפשרת לזהות תהליכים דלקתיים וגידולים קטנים שלא ניתן לזהות בבדיקות הדמיה אחרות, למקם אותם במדויק ולקבוע את מידת חדירותם. הבדיקה מתבצעת אחרי מתן זריקה תוך ורידית של תרופת טשטוש, אחרי קבלת הסכמה בכתב מהנבדק או מהאפוטרופוס החוקי. מצורפת דוגמה של טופס הסכמה לבדיקה.

כיצד עלי להתכונן לבדיקה?

כלכלה

לא נדרשת הכנה תזונתית, אך יש להפסיק אכילה 10 שעות קודם הבדיקה. ניתן לשתות מים צלולים בלבד עד כשעתיים טרם הבדיקה.

תרופות

- תרופות עבור יתר לחץ דם או מחלות לב – יש לקחת את התרופות הקבועות בבוקר הבדיקה למרות הצום.
- תרופות עבור סוכרת-אסור להזריק אינסולין או ליטול תרופות לטיפול בסוכרת בבוקר הבדיקה, אך יש להביא את האינסולין עמך. יש להביא גם אוכל לארוחה קלה לאחר הבדיקה.
- תרופות עבור דילול דם – יש לפעול על פי הנחיות הרופא/ה המטפל/ת ולבצע בדיקת דם לתפקודי קרישה.

הכנה מותאמת אישית

- יש לפנות לרופא/ה המטפל/ת כשבוע לפני הבדיקה על מנת לקבל הנחיות מותאמות באופן אישי, בעיקר עבור טיפול במדללי דם. נא למסור לרופא/ה המטפל/ת את דף המידע המצורף בסוף חוברת זו.
- יש להצטייד במכתב הפניה בו מפורטות האבחנות הרפואיות, רשימת תרופות עדכנית וסיבת הבדיקה.

הנחיות נוספות

- חובה להגיע עם מלווה (אין לנהוג ברכב ביום הבדיקה)
- מומלץ ללבוש בגד נוח ולהימנע מענידת תכשיטים
- יש להביא תעודה מזהה, מכתב ההפניה, תשובת בדיקות דם לספירה וקרישה מהשבועיים האחרונים וטופס 17 מתאים

מה צפוי להיות מהלך הבדיקה?

- ביום הבדיקה תעבור קבלה ראשונית על ידי המזכירה בכניסה למכון ולאחר מכן על ידי הצוות הסיעודי.
- אם הנך סובל/ת מאלרגיה לתרופות, מחלות מדבקות או ממחלה הגורמת לדימום ואם יש לך קוצב לב מלאכותי (PACEMAKER) ו/או דפיברילטור עליך להודיע על כך לאח/ות בזמן הקבלה.
- ההמתנה לבדיקה תלויה באורך הבדיקות שלפניך שעלולות להתעכב, לכן יש להמתין בסבלנות לתורך (אל דאגה לא שכחנו אותך). זמן שהייה הכולל הצפוי במכון הגסטרו הוא עד 4-5 שעות, נא להיערך בהתאם.

כיצד להתנהל לאחר הבדיקה?

- לאחר הבדיקה שאורכת בסביבות ה 30 דקות תועבר/י לחדר התאוששות. זמן השהות בחדר ההתאוששות הוא לרוב בין חצי שעה לשעתיים. שתייה ואכילה בגמר הבדיקה יותרו ע"פ הוראות הרופא/ה (רצוי להצטייד מראש בארוחה קלה כמו כריך).
- לאחר שתמצא/י כשירה/ה לשחרור, תערך פגישת סיכום עם הרופא/ה המבצע/ת ומתן דוח הבדיקה.
- במידה ונלקחו ממך ביופסיות במהלך הבדיקה את התוצאות תקבל בדואר בין 10-14 יום.

לשאלות וביורורים ניתן לפנות ל:

טלפון: 03-6973970/03-6974463 פקס: 03-6973823 מייל: Gastro-dep@tlvmc.gov.il



דף מידע והנחיות למטופל/ת

טופס הסכמה: אנדוסקופיה של מערכת העיכול

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים, 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 1 ס"מ, וניתן בעזרתו לבדוק את מערכת העיכול העליונה והתחתונה. בדרך כלל, לפני הבדיקה, מקבל הנבדק תרופות הרגעה ו/או אלחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי הנחות שבבדיקה.

הבדיקה מבוצעת כאשר הנבדק שוכב על צדו השמאלי. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול עליונות, (אזופגוסקופיה, גסטרוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי עיכול תחתונות, (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 קיימת הרגשה של אי נוחות ונפיחות בבטן. שם החולה:

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

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____
על הצורך בביצוע _____ **EUS** _____
שם הפעולה _____
אבחונות ו/או טיפוליות לרבות _____

לקיחת ביופסיה, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר*.
פרט טיפול אחר _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על קיומן של חלופות אבחנתיות, יתרונן, חסרונן, תופעות הלוואי שלהן והסיבוכים האפשריים. כמו-כן, הוסבר לי שלמרות שהבדיקה האנדוסקופית הינה הטובה ביותר בנמצא היום לגילוי פוליפים וגידולים, הרי שלבדיקה יש מגבלות. הבדיקה מסוגלת לאתר את מרבית הגידולים והפוליפים הגדולים במעי הגס, אך לא את כולם. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ותחושה של נפיחות בבטן. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום או קרע של דופן מערכת העיכול, אשר בחלק מהמקרים יצריכו תיקון ניתוחי. בבדיקת דרכי עיכול עליונות עלול להיגרם נזק לשיניים עקב החדרת המכשיר דרך הפה. הסיבוכים האמורים אינם שכיחים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך ביצוע הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שנוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו. הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרגעה ואלחוש מקומי 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. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו ביד 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 החולה _____
שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי 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 _____



דף מידע והנחיות למטופל/ת

טופס הסכמה: ניקור אבחנתי במהלך בדיקת EUS

בחלק מבדיקות EUS נדרש ביצוע ניקור אבחנתי. הניקור מבוצע במטרה לקבל דגימת רקמה או תאים, לצורך קביעת אבחנה ולאו להעריך את מידת השינויים/סדרגת המחלה/מידת התקדמות המחלה ולאו להעריך את האפשרויות הטיפוליות.

הניקור מתבצע על-ידי שימוש במחט המיועדת למטרה זו. על-פי רוב הניקור מתבצע תחת אמצעי דימות (US). בעזרת המחט נשאבים תאים/רקמה, ונמסרים לבדיקה ציטולוגית, פתולוגית ולאו תרבית ולאו בדיקות נוספות על-פי הצורך. ברוב המקרים משך הפעולה קצר. קיימים מקרים בהם לא ניתן לקבל מספיק רקמה לבדיקה ויש צורך לחזור על הפעולה פעם נוספת.
שם החולה:

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר _____ על הצורך בביצוע ניקור אבחנתי (להלן: "הבדיקה").

שם משפחה _____ שם פרטי _____

הוסבר לי שבמהלך הבדיקה צפויים תחושה של אי-נוחות וכאב באזור הניקור. לעתים, במקום הניקור בעור מופיע שטף דם מקומי, המתבטא בשינוי צבע וברגישות קלה. כמו-כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הבדיקה, לרבות דימום. לעתים רחוקות הדימום יהיה משמעותי ולאו ממושך, ועלול להצריך מתן דם. לעתים רחוקות ביותר התערבות פולשנית תחת שיקוף רנטגן או התערבות כירורגית. לעתים רחוקות ביותר, כתוצאה ממעבר המחט דרך רקמת שומן תת-עורי ושריר, יתכן דימום לרקמות הרכות (המטומה), שיתבטא בכאב. לעתים נדירות ההמטומה מזדהמת ונדרש טיפול אנטיביוטי ולאו ניקוז כירורגי. בדרך כלל אין לכך משמעות קלינית. לעתים נדירות תגרם פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול ולאו ניתוח.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה. כמו-כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה, או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפות כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הבדיקה. 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 בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על-ידי רופא מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר הטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

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

אני מאשרת 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 _____

דף מידע והנחיות למטופל/ת

לכבוד הרופא/ה המטפל/ת,

מטופל/ת ממרפאתך מוזמנת/ת לבדיקת EUS במכוננו.

הדרכת המטופל/ת בדבר נטילת תרופות כרוניות

- מטופלים עם יתר לחץ דם או מחלות לב
 - ✓ יש ליטול כרגיל גם ביום הבדיקה, למרות הצום.
- מטופלים עם סוכרת
 - ✓ לא ליטול/להזריק תרופות עבור סוכרת בבוקר הבדיקה.
 - ✓ יש להביא אינסולין וארוחה קלה לשימוש לאחר הבדיקה.
- מטופלים הנוטלים מדללי דם

להלן הנחיות כלליות להפסקת טיפול בתכשירים השונים. יש להעריך כל מטופל לגופו ולשקול טיפול חלופי מתאים לפי הצורך:

 - ✓ אספירין (על סוגיו השונים) אין צורך להפסיק לפני בדיקה שגרתית. במידה ומתוכננת נטילת דגימה (ביופסיה או אספירציה) יש להפסיק את הטיפול 7 ימים לפני הבדיקה.
 - ✓ נוגדי טסיות מסוג פלוויקס PLAVIX, ברילינטה, אפיינט ודומיהם, יש להפסיק 7 ימים טרם הבדיקה.
 - ✓ נוגדי קרישה מסוג קומאדין COUMADIN, סינטרום SINTROM יש להפסיק 5 ימים טרם הבדיקה ולבצע בדיקת דם-תפקודי קרישה (INR) יום טרם הבדיקה.
 - ✓ נוגדי קרישה חדשים מסוג קסרלטו XARELTO, אליקוויס ELIQUIS, פרדקסה PRADAXA יש להפסיק לכל הפחות 48 שעות טרם כל בדיקה אנדוסקופית.
 - ✓ קלקסן CLEXAN יש להזריק עד 12 שעות לפני הבדיקה המיועדת.

נא לצייד את המטופל/ת במסמכים המתאימים

- מכתב הפניה בו מפורטות האבחנות הרפואיות, רשימת תרופות עדכנית וסיבת הבדיקה.
 - יש לוודא שבמכתב מצוינות גם רגישות לתרופות, מחלות מדבקות או מחלות הגורמות לדמם וכן במידה ולמטופל יש קוצב לב מלאכותי (PACEMAKER) ו/או דפיברילטור
- תשובת בדיקות דם עדכניות לספירת דם ותפקודי קרישה עד שבועיים ממועד הבדיקה
- מסמכים אודות בדיקות קודמות רלוונטיות

בסיום הבדיקה המטופל יקבל דו"ח מפורט בצירוף המלצות להמשך טיפול ומעקב.

בברכה,

המכון למחלות דרכי העיכול והכבד

מרכז רפואי סוראסקי תל אביב

לשאלות וביירוים ניתן לפנות ל:

טלפון: 03-6973970 פקס: 03-6973823 מייל: Gastro-dep@tlvmc.gov.il