

מדבקת מטופל

**טופס הסכמה – טלאי דם**

טלאי דם הינו תהליך בו מוזרק דם עצמוני ומוזרק לחלל אפידורלי, הפרוצדורה פולשנית ומטרתה להפסיק או להקל על כאבי ראש שנגרמו עקב לחץ נמוך של נוזל השדרה. לחץ נמוך של נוזל השדרה עלול להופיע בעקבות ביצוע זריקה אפידורלית, ספינלית, דיקור מתני אבחנתי או טיפולי, או ללא סיבה ברורה. ירידת הלחץ של נוזל השדרה נגרמת עקב דליפה של נוזל השדרה מהחלל הספינלי והיא זו שגורמת לכאבי הראש.

במהלך הפעולה דם שנלקח מוריד מוזרק לחלל האפידורלי במטרה להקטין את דליפת נוזל השדרה דרך החור בקרום הדורה, המקיף את חוט השדרה.

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

שם פרטי

שם משפחה

על הצורך בביצוע פעולה של הזרקת דם עצמונית (להלן: "הטיפול העיקרי").  
הוסבר לי כי פעולת הזרקת דם עצמונית היא אחת מהשיטות המקובלות לטיפול בכאבי ראש מסוג זה והיא מתבצעת לאחר שהטיפול השמרני נכשל. במסגרת הפעולה, המרדים יבצע דיקור אפידורלי ואיש צוות נוסף ישאב בו זמנית דם מהווריד שלי באופן סטרילי. הדם יוזרק מיד לחלל אפידורלי עד אשר ארגיש לחץ בגב או בעורף.

הוסבר לי שלאחר ביצוע הפעולה יש סיכוי של עד 30% שהכאבים לא יעברו לחלוטין ובמקרים מסוימים יהיה צורך לחזור על הפעולה. גם אחרי הפעם השנייה כאבי הראש לא תמיד חולפים לחלוטין.  
הוסבר לי כי קיים סיכון קטן לדקירה של קרום הדורה או כלי דם באזור. באופן נדיר עלול להתפתח זיהום במקום ביצוע הפעולה, או במערכת העצבים המרכזית, פגיעה בעצבים, חולשה, שיתוק או סימנים נוירולוגיים נוספים בפלג הגוף התחתון.

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים ואני רשאת לבקש שלא ישתתפו בטיפול בי. הובהר לי ואני יודעת/ומסכים/ה לכך שהפעולה תעשה על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים.  
אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

חתימת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס

תאריך

חתימת המטופל

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס (נא להקיף בעיגול) את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי החולה/האפוסטרופוס על החולה חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

:

/ /

חתימת הרופא

שעה

תאריך