

טופס הסכמה: ביצוע חסם עצבי פריפרי

Peripheral Nerve Block

מדבקה

אם הפעולה תבצע במהלך הרדמה, הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס ההסכמה הייעודי, הכללי, להרדמה.

מהות הבעיה הרפואית - כאב.

שם המטופל/ת:

שם המשפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי שם משפחה

מטרת חסם עצבי פריפרי היא להפחית כאב, בין אם כטיפול יחיד בן, או כתוספת לטיפול תרופתי. חסם עצבי פריפרי, יכול להינתן גם כאמצעי להרדמה בניתוח, לבד, או כתוספת לשיטות הרדמה כללית או טשטוש (סדציה).

החסם העצבי, נעשה באמצעות הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבם, שגורמת לאלחוש של אזור מסוים בגוף. השפעת החסם העצבי חולפת לרוב שעות אחדות לאחר הפסקת ההזרקה של החומר המאלחש.

הוסבר לי, שברוב המקרים ההזרקה תעזור לשיכור כאבי, אך ייתכן שמטרה זו לא תושג.

שם החסם העצבי המתוכנן לפעולה זו:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ביצוע חסם עצבי פריפרי (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנת אותי וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

כמו כן הוסבר לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי קרי, מתן טיפול תרופתי סיסטמי לשיכור כאבים.

הוסברה לי והבינתי את החשיבות הרבה במסירת מידע מלא על מצבי הרפואי ועל כל מחלותי, וכן, על רגישות ידועה לתרופות ו/או לחומרי הרדמה, ועל תגובות וסיבוכים בעקבות הרדמה קודמת מכל סוג, אצלי או אצל בני משפחתי, ועל כלל הטיפול התרופתי אותו אני נוטל/ת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית והן: כאב ואי נוחות, כאב ולחץ בעת החדרת המחט, תחושה זמנית של נימול ורעד עם תחילת השפעתו של חומר האילחוש, כשל בהקלה על כאב לאחר הפעולה. הוסבר לי, שלאחר סיום ההרדמה, יחלוף זמן עד שהתחושה והתנועה בחלק הגוף המורדם תחזורנה לתקן. הוסבר לי, כי קיימת אפשרות לחזרת כאב מוגברת עם חלוף השפעת התרופות.

הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ביצוע החסם העצבי הפריפרי יתברר שיש צורך לבצע אלחוש מקומי, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, על ידי הרופא המבצע את הפעולה. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות חומרה שונות, פגיעה עצבית ו/או פגיעה בלתי מכוונת בחוט השדרה, חזה - אויר, התקף אפילפטי קצר וחולף, זיהום באזור ההזרקה שלעתיים, מחייב ניקוז ניתוחי וטיפול אנטיביוטי, שטף דם באזור ההזרקה שלעתיים, מחייב ניקוז ניתוחי. באופן נדיר, תיתכנה פגיעות נורולוגיות קשות, ואף בלתי הפיכות בתפקוד העצבים. שכיחות כל אחד מהסיבוכים הללו נמוכה יחסית. במקרים נדירים, עלולים סיבוכים אלו לגרום למוות.

מרכז רפואי מעיני הישועה | הרדמה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ביצוע חסם עצבי פריפרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הפעולה העיקרית או מיד לאחריו.

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שביצוע החסם העצבי הפריפרי 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 נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
תאריך	שעה	חתימת המטופל/ת	
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, חולה נפש)		

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס של המטופל * 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
------------	---------------	------------

הצהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

שם המתרגם/ת	חתימת המתרגם/ת
תאריך ושעה	קשריו למטופל/ת

* מחק' את המיותר

העתיקים:

1. תיק מטופל/ת.
2. מטופלת