



טופס הסכמה להזלפת תרופות תוך ורידיות לטיפול בכאב Intravenous Pain therapy

הזלפה תוך ורידית נעשית על מנת לאבחן ולטפל בכאביו של החולה. ההזלפה כוללת החדרת צנתר ורידי והזלפת תרופה דרכו תוך כדי ניטור המטופל על פי הנדרש.

בסדרה זו תוזלף אחת או יותר מהתרופות הבאות: **לידוקאין, מגנזיום, אמנטדין, אחר:** _____ (הקף בעיגול)

שם החולה: _____ שם פרטיו משפחה _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 מדבקה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך והתועלת מהזלפת התרופה/ות המצוינות מעל (להלן "הטיפול העיקרי").
 הוסבר לי שבמרבית המקרים עירוי התרופה תעזור לשיכוך כאבי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: תחושת חום ועד לתחושת צריבה במהלך ולאחר מתן ההזלפה, כשל להקל על הכאב או החמרה בכאב. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: תגובה אלרגית ואנפילקטית לחומרים המוזרקים, ירידה זמנית קצרה בלחץ דם והדופק. כאב ראש חולף. התקף אפילפטי קצר וחולף. הפרעות בקצב הלב. באופן נדיר, דום נשימתי או דום לב המחייבים החיאה. שיחות כל אחד מהסיבוכים הללו נמוכה יחסית. במקרים נדירים עלולים סיבוכים אלו לגרום למוות.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.
 אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי 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 המטופל/ת _____ חתימת האפטרופוס _____
 (במקרה של קירבה פסול דין, קטין או חולה נפש) _____ (קירבה)

אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת הסבר הרופא/ה לשפה: _____ עבור החולה.

שם המתרגם/ת _____ קשריו לחולה _____ חתימת המתרגם _____ תאריך ושעה _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפטרופוס של החולה/למתרגם * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

*מחק את המיותר