

טופס הסכמה: הזרקה לנקודות הדק

Consent Form for Trigger Point Injections

הזרקה לנקודות הדק נעשית על מנת לאבחן ולאו לטפל בכאביו של החולה. ההזרקה כוללת כניסה עם מחט דקה לשרירים מסוימים בהתאם לכאבי החולה. לאחר מכן, בחלק מהמקרים, תוזרק תמיסה שתכלול בהתאם לצורך שילוב של סטרואידים (דפומדרול), ולאו חומרי הרדמה מקומיים ולא. הטיפול מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית עם או בלי מתן של חומרי הרגעה.

מדבקה

שם החולה: _____
שם פרטי ומשפחה _____ שם האב _____ ת.ז. _____

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

על הצורך והתועלת מהזרקה לנקודות ההדק. הוסבר לי שברוב המקרים ההזרקה תעזור לשיכוך כאבי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כשל להקל על הכאב, החמרה בכאב, כאב ואי נוחות באזור ההזרקה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: תגובה אלרגית ואנפילקטית לחומרים המוזרקים. תופעות לוואי מסטרואידים לרבות עליית ל"ד ויציאה מאיזון סכרתי, פגיעה עצבית, ירידה זמנית קצרה בלחץ דם ודופק, כאב ראש חולף, התקף אפילפטי קצר וחולף, פגיעה בחוט השדרה או ברקמת עצב או חזה אויר. זיהום באזור ההזרקה שלעיתים מחייב ניקוז ניתוחי ולא טיפול אנטיביוטי ממושך. שטף דם באזור ההזרקה המחייב ניקוז ניתוחי. באופן נדיר, פגיעות נוירולוגיות קשות, בלתי הפיכות עד לכדי שיתוק. דום לב המחייב החיאה. שכיחות כל אחד מהסיבוכים הללו נמוכה יחסית, ובמקרים נדירים עלולים סיבוכים אלו לגרום למוות. אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעילות כירורגית נוספות שלא ניתן לצפתם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית והרגעה כללית. לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות נשימה והפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה המקומית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/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 _____ שם האפוטרופוס (קירבה) _____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של קירבה פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

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/לאפוטרופוס 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 _____