

**טופס הסכמה: סדציה ("טשטוש") ילדים**

## מדבקה

הורה יקר, ילדך עתיד לעבור היום פעולת אבחון / טיפול מסוג:  
(ימולא ע"י מבצע הסדציה)

על מנת להפחית תחושת אי נוחות, חרדה ו/או כאב, ילדך יעבור הליך של סדציה ("טשטוש") לפי הפעולה האבחונית או הטיפולית.

סדציה הינה שינוי מבוקר במצב ההכרה, המושג באמצעים תרופתיים. התרופות ניתנות במתן פומי, במסכה, ולעיתים בהזרקה לתוך הוריד. על אף הדמיון להרדמה, הרי שבסדציה המטופל אמור לשמור על תפקודי הגוף החיוניים שלו (כגון נשימה, דופק, לחץ דם) כסדרם. זמן הסדציה הצפוי הינו קצר על פי רוב מאשר הרדמה מלאה.

לסדציה מספר תופעות לוואי קלות, העשויות לכלול ירידה קלה בחמצון החולפת במתן חמצן, בחילה, הקאה, הזיות, ישנוניות ממושכת מהמתוכנן וחוסר יציבות חולפת אחר ההתעוררות. כבכל נטילת תרופה, תתכן תגובה אלרגית, לא צפויה, לתרופת הסדציה, שיכולה להתבטא בתגובה מקומית קלה עם חום ופריחה, ובמקרים נדירים ביותר להתבטא בתגובה אלרגית סוערת כלל גופית.

תופעות לוואי משמעותיות העשויות להתרחש בשכיחות נמוכה הינן הפסקת נשימה ממושכת, ירידה בדופק או בלחץ הדם. כאמור, תופעות אלה נדירות הרבה יותר, וניתנות על פי רוב לפתרון באמצעות תמיכה נשימתית חולפת במסכת אמבו, נוזלים או תרופות לווריד במקרה הצורך.

מתן הסדציה מתבצע בסביבה רפואית הערוכה לטפל בתופעות אלה, וניתנת על ידי צוות אשר עבר הכשרה ייעודית לעניין זה, זאת על מנת לתמוך במקרה הצורך בפעולות מצילות חיים עד לייצוב מצבו של המטופל.

בסיום הפעולה, ילדכם יישאר בהשגחה עד להתאוששות מלאה, לאחריה מטופל יוכל להשתחרר לביתו או לשוב למסגרת האשפוז.

במקרים נדירים, אם בגלל עצם הפעולה, או בשל הסדציה שניתנה במהלכה, ייתכן והילד יאושפז לשם המשך טיפול או השגחה נוספים.

הנני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בדבר הצורך בסדציה, לשם ביצוע ההליך האבחוני/ הטיפולי, מטרותיה ודרכי ביצועה האפשריים וכן על תופעות הלוואי האפשריות מאת \_\_\_\_\_, והנני נותן/ת בכך את הסכמתי למתן סדציה בהתאם לנהלים ולהוראות המוסד.

שם האפוטרופוס: \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

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

חתימה וחותמת

שם הרופא/ה