



טופס הסכמה לביצוע טלאי דם אפידורלי

Epidural Blood Patch

הזרקת דם עצמוני לחלל האפידורלי נעשית על מנת לאבחן ולטפל בכאבי הראש מהם סובל המטופל בגלל דלף של נוזל תוך שידרתי. ההזרקה כוללת כניסה עם מחט לחלל האפידורלי בחוט השדרה בגובה המתאים. בו זמנית יישאבו עד 40 מיליליטר דם באופן סטרילי מכלי דם ביד המטופל, ויוזרקו לחלל האפידורלי. הטיפול מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית עם או בלי מתן של חומרי הרגעה.

מדיקה

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

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

על הצורך והתועלת מהזרקת דם לחלל האפידורלי בגובה **צווארי/ גבי/ מותני/ קאודלי *** (להלן "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי שברוב המקרים ההזרקה תעזור לשיכוך כאבי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות אי נוחות באזור ההזרקה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: ירידה זמנית קצרה בלחץ דם ודופק. כאב ראש חולף. פגיעה בחוט שידרה או ברקמת עצב. חזה אויר. התקף אפילפטי קצר וחולף. זיהום באזור ההזרקה וחוט השדרה שלעיתים מחייבת ניקוז ניתוחי ולא טיפול אנטיביוטי ממושך. שטף דם באזור חוט השדרה המחייב ניקוז ניתוחי. באופן נדיר, פגיעות נוירולוגיות קשות, בלתי הפיכות עד לכדי שיתוק. דום לב המחייב החיאה. שכיחות כל אחד מהסיבוכים הללו נמוכה יחסית. במקרים 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 כירורגיות 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 בהרגעה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/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 _____ שם האפטרופוס _____ חתימת האפטרופוס _____ (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/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