

טופס הסכמה להזרקות אפידורליות/ פורמינליות/

גלי רדיו תחת שיקוף

Epidural / Foraminal Injections / Radiofrequency under Fluoroscopy

הזרקה לחלל האפידורלי/ פורמינלי בהנחיית שיקוף נעשית על מנת לאבחן ולטפל בכאביו של החולה. ההזרקה כוללת כניסה עם מחט לחלל האפידורלי או לקרבת שורשי העצבים בחוט השדרה בגובה המתאים בהתאם לכאבי החולה. במידת הצורך תוכנס צינורית דקיקה דרך המחט לצורך ההזרקה. ניתן לעיתים להשתמש בגירוי חשמלי לבדיקה תחושתית והפעלת שרירים לוודא מיקום המחט. הטיפול בגלי רדיו פועל על שורשי עצב ועצבים שטחיים, תוך שימוש באנרגיה של גלי הרדיו לחסום הולכת כאב ובמקרים ספציפיים הרס מכוון של עצבים ע"י חום. לאחר מכן, בהתאם לאבחנה תוזרק תמיסה שתכלול בהתאם לצורך שילוב של סטרואידים, חומרי הרדמה מקומיים ו.....

הטיפול מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית עם או בלי מתן של חומרי הרגעה.

מדבקה

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 מהזרקה לחלל האפידורלי/ לקרבת שורשי העצבים/ למפרק

בגובה צווארי/ גבי/ מותני/ קאודלי*, עם/ ללא* שימוש בגלי רדיו (להלן "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי שברוב המקרים עוזר הטיפול העיקרי לשיכוך הכאב. 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 ופגיעה עצבית לא מכוונת. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: חשיפה לקרינה ונזקיה, החמרה בכאב, תגובה אלרגית ואנפילקטית לחומרים המוזרקים. תופעות לוואי מסטרואידים, עליית ל"ד, יציאה מאיזון סכרתי, פגיעה עצבית, ירידה זמנית קצרה בלחץ הדם והדופק, כאב ראש חולף, פגיעה בחוט השדרה או ברקמת עצב, חזה אויר, התקף אפילפטי קצר וחולף. באופן נדיר יכולות להיות פגיעות נוירולוגיות קשות, בלתי הפיכות עד כדי שיתוק או איבוד ראייה וכן דום לב המחייב החייה. כמו כן ייתכנו זיהום או שטף דם באזור ההזרקה או באזור חוט השדרה שיתכן ויחייבו ניקוז ניתוחי ולא/ טיפול אנטיביוטי ממושך.

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 שידרשו במהלך הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית והרגעה כללית (טשטוש). 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 הטשטוש או ההרדמה המקומית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/ 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
(קירבה)חתימת האפטרופוס
(במקרה של קירבה פסול
דין, קטין או חולה נפש)

מרכז רפואי מעיני הישועה | המערך להרדמה וטיפול נמרץ

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
------------	---------------	-----------

*מחק את המיותר