

טופס הסכמה לביצוע סדציה הליכית

סדציה היא פעולה לשינוי הפיך במצב ההכרה, המושרית ע"י תרופות, לשם הרגעה ומניעת כאב בעת ביצוע פעולות רפואיות.

אין מדובר בהרדמה כללית או מקומית; מטרת הסדציה היא הפחתת חרדה, כאב ואי נוחות לצורך ביצוע פעולות אבחון וטיפול.

התרופות המשרות סדציה ניתנות בעירוי תוך וורידים או בהזרקה תת עורית או לשריר, או בשאיפה או במתן פומי או במתן פתילות.

במהלך הטיפול יהיו נוכחים רופא אשר עבר הכשרה לביצוע סדציה ואחות.

במשך הפעולה ולאחריה, עד להתעוררותו, המטופל יהיה מחובר למכשיר ניטור אשר ימדוד דופק, לחץ דם ואת מידת ריווי החמצן.

תופעות הלוואי העלולות להיגרם עקב השימוש בתרופות המשמשות לסדציה הן: בחילה, הקאה, ישנוניות יתר או, לעיתים נדירות, הפרעות בפעילות קצב הלב, שינויים בלחץ הדם או בנשימה. חולי לב וחולי ריאות חשופים יותר לתופעות לוואי. כמו כן קיימת אפשרות של תגובה אלרגית לחומר המאלחש.

שם המטופל: _____

שם פרטי שם משפחה שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר _____

שם פרטי שם משפחה

על ביצוע סדציה הליכית.

הוסבר לי ואני מבינה/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הסדציה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה ולנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות הרדמה כללית ו/או מקומית או אזורית ופעולות נוספות שלא ניתן לצפות מראש. לפיכך אני מסכים/ה גם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים כפי שיידרש עקב התפתחות רפואית.

_____ / _____ / _____ : _____
תאריך שעה חתימת המטופל

חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, חולה נפש)

שם האפטרופוס (קירבה)

הנני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפטרופוסו של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הנדרש והמטופל / אפטרופוסו חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה