



## טופס הסכמה: הזרקה למפרקים Joint injections

הזרקה למפרקים בהנחיית שיקוף או בלעדיו נעשית על מנת לאבחן ולטפל בכאביו של החולה. ההזרקה כוללת כניסה עם מחט לחלל המפרקים לצורך אבחון ומיקום. לאחר מכן, ובהתאם לאבחנה תוזרק לחלל המפרק תמיסה שתכלול בהתאם לצורך שילוב של סטרואידים חומרי הרדמה מקומיים, פנול, גלוקוז ו/ או הטיפול מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית עם או בלי מתן של חומרי הרגעה.

מדיקה

שם החולה: \_\_\_\_\_  
שם פרטי/ משפחה \_\_\_\_\_ 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 לחלל המפרקים\*: \_\_\_\_\_ (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: כשל להקל על הכאב, החמרה בכאב, כאב ואי נוחות באזור ההזרקה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: חשיפה לקרינה ונזקיה, תגובה אלרגית ואנפילקטית לחומרים המוזרקים. תופעות לוואי מסטרואידים, כעליית ל"ד, יציאה מאיזון סכרתי, פגיעה עצבית, ירידה זמנית קצרה בלחץ דם ודופק. פגיעה במפרק וסביבתו. פגיעה בחוט שידרה או ברקמת עצב. חזה אויר. התקף אפילפטי קצר וחולף. 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 החייאה.  
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 דרושי 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, ינתן 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 \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה (קירבה) \_\_\_\_\_  
חתימת האפטרופוס \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה (קירבה) \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

\*מחקי/ את המיותר