

טופס הסכמה לטיפול בהזרקה טיפולית / אבחנתית בהנחיית CT / שיקוף

טיפול באורטוקין

מדבקה קטנה

הזרקת חומרי ניגוד למפרקים למטרות אבחנתיות, וכן הזרקה של חומרי אלחוש, סטרואידים ואורטוקין - **IL-1** חוסם לצורך טיפול בכאב, הן פעולות מקובלות המשמשות לאבחון מחלות ולהקלה על כאבים והפחתת דלקת בהתאמה. סוג ההזרקה שניתנת לך מבוססת על הסימפטומים והסימנים שלך ועל הבדיקה הגופנית שבוצעה ע"י הרופא המפנה והרופא המבצע.

ההזרקה מבוצעת תחת אלחוש מקומי וע"י שימוש במחט המיועדת למטרה זו ובהנחיית CT או שיקוף.

המחט מוחדרת אל המפרק תחת שיקוף או מסביב לפריצת הדיסק או מסביב לשינויים הניווניים בעמוד שדרה תחת CT, לאחר שהעור מנוקה ע"י אלכוהול ולאחר שמיקומה בתוך איבר המטרה נתקבל בעזרת אמצעי הדימות, מוזרקים חומרי אלחוש / סטרואידים / אורטוקין / חומרי ניגוד לאזור המטופל. ברוב המקרים משך הפעולה קצר. יש מקרים בהם הפעולה אינה מצליחה ויש לחזור עליה שוב. יעילות הטיפול תלויה בחומרת המחלה הבסיסית. שיעורי ההצלחה הם לפי חומרת המחלה, במקרה של פריצת דיסק היעילות היא 80% הצלחה ללא ניתוחים בעתיד. במקרה של הצרות התעלה 60%-70% הצלחה. יש לעיתים צורך ל- 2 זריקות בטווח של חודשיים. טיפול באורטוקין כולל סדרה של 3-6 הזרקות בטווח של יומיים שלושה.

פרטי המטופל/ת:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר ת.ז.
אני מצהיר ומאשר בזאת כי קבלתי הסבר מפורט בע"פ ע"י ד"ר _____ על הצורך בביצוע הזרקת חומר הרדמה / סטרואיד / אורטוקין / אחר _____ באזור _____ בהנחיית CT או שיקוף (להלן "הפעולה העיקרית").			

הוסבר לי הפרטים הבאים:

- במהלך הפעולה צפויים תחושה של אי נוחות וכאב באזור הדקירה. לעיתים באזור הדקירה מופיע דמם מקומי.
- הטיפול נעשה במסגרת אמבולטורית ללא צורך באשפוז. הוסבר לי כי השפעת הטיפול לרוב אינה מיידית ותחל תוך 3-4 שבועות ועשויה להימשך תקופה ממושכת לאחר הטיפול.
- הטיפול יעיל מאוד כאשר מדובר בכאב שהחל לאחרונה אך גם יכול להתאים לכאבים כרוניים דלקתיים.
- לעיתים בשל מבנה אנטומי מסוים לא ניתן לבצע את הטיפול ומסיבה זו יופסק הטיפול לפי החלטת הרופא מבלי שהושלם.

קיימות חלופות אפשרויות לטיפול על יתרונותיהם וחסרונותיהם כולל תופעות הלוואי שלהן.

קיימים הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הפעולה העיקרית לרבות: כאבים ממושכים, זיהום במקום הדקירה, באיבר המטרה, המטומה באזור המטרה, דמם שנמשך, אשר בחלק מהמקרים יצריך אשפוז, וטיפול נוסף לרבות ניתוח. לעיתים נדירות עלול להיפגע העצב המטופל וכן תתכן פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול, במקרים נדירים ביותר סיבוכים אלו עלולים להסתיים במוות כתוצאה מאלרגיה.

אני נותן את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הבדיקה או לאחריה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה או לשנותה, או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות, או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע של הליכים אחרים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הבדיקה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית לחומרי ההרדמה.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות המוסד באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך: _____ / _____ / _____
שעה: _____: _____
חתימת המטופל/ת: _____

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

שם הרופא _____ חתימת הרופא _____ מס' רשיון _____