



טופס הסכמה: הזרקת סטרואידים לחלל האפידורלי

Epidural Steroid Injection

הזרקת לחלל האפידורלי נעשית על מנת לאבחן ולטפל בכאבי של החולה. ההזרקת כוללת כניסה עם מחט לחלל האפידורלי בחוט השדרה בגובה המתאים בהתאם לכאבי החולה. במידת הצורך תוכנס צינורית דקיקה דרך המחט לצורך ההזרקת, או לצורך מתן מתמשך. לאחר מכן, והתאם לאבחנה תוזרק לחלל האפידורלי תמיסה שתכלול בהתאם לצורך שילוב של סטרואידים חומרי הרדמה מקומיים. 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 מהזרקת לחלל האפידורלי בגובה **צווארי/ גבי/ מותני/ קאודלי** * (להלן "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי שברוב המקרים ההזרקת עוזרת לשיכון 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 ההזרקת. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: תגובה אלרגית ואנפילקטית לחומרים המוזרקת. 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 נירולוגיות קשות, בלתי הפיכות עד כדי שיתוק או איבוד ראייה וכן דום לב המחייב החיאה. כמו כן ייתכנו זיהום או שטף דם באזור ההזרקת או באזור חוט השדרה שיתכן ויחייבו ניקוז ניתוחי ולאו 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/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: _____
 שם האפוטרופוס (קירבה): _____
 חתימת האפוטרופוס (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/לאפוטרופוס/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: _____