

מדבקה קטנה

MRI / שיקוף / CT / סטרואידים בהנחיית MRI / שיקוף / CT

הזרקת חומרי ניגוד למפרקים וכן הזרקת של חומרי אלחוש, סטרואידים ואורטוקין - **Serum Conditioned Autologous ACS** - חוסם IL-1 לצורך טיפול בכאב, הן פעולות מקובלות המשמשות להקלה על כאבים והפחתת דלקת בהתאמה. סוג ההזרקת שניתנת לך מבוססת על הסימפטומים והסימנים שלך ועל הבדיקה הגופנית שבוצעה ע"י הרופא המפנה והרופא המבצע. ההזרקת מבוצעת תחת אלחוש מקומי וע"י שימוש במחט המיועדת למטרה זו ובהנחיית CT, שיקוף או MRI. המחט מוחדרת בהנחיית שיקוף, CT או MRI אל המפרק ו/או לעמוד השדרה בסמוך לפריצת דיסק או לאזור של שינויים ניווניים ברקמה שנדרש לטפל בו. מיקום המחט בתוך איבר המטרה נראה בעזרת אמצעי הדימות, דרך המחט מוזרק 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. בפריצת דיסק הסיכוי להשיג שיכון כאב ממושך הוא כ- 80%. ובמקרה של הצרות התעלה 60%-70%. טיפול באורטוקין כולל סדרה של 2-6 הזרקות בטווח של שבוע.

פרטי המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תעודת זהות

אני מצהיר ומאשר בזאת כי קבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר _____ על הצורך בביצוע הזרקת חומר הרדמה/ סטרואיד/ אורטוקין/ אחר _____ באזור _____ בהנחיית CT או שיקוף או MRI (להלן "הפעולה העיקרית"). הוסברו 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, היווצרות דמם 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 נתן 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 שהוסבר לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית לחומרי ההרדמה.

אני יודעת/ ומסכים/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

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל 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