

מדבקה קטנה

## טופס הסכמה - בדיקה אבחנתית בהנחיית CT / שיקוף / MRI

הזרקת חומרי ניגוד למפרקים למטרות אבחנתיות, הן פעולות מקובלות המשמשות לאבחון מחלות. 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, 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 לאבחן אותו. מיקום המחט בתוך איבר המטרה נראה בעזרת אמצעי הדימות, דרך המחט מוזרקים חומרי אלחוש/ חומרי ניגוד לאזור המטופל. ברוב המקרים משך הפעולה קצר. יש מקרים בהם הפעולה אינה מצליחה ויש לחזור עליה שוב.

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/ חומר ניגוד \_\_\_\_\_ 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.
- הבדיקה נעשית במסגרת אמבולטורית ללא צורך באשפוז.

קיימים סיכונים והסיכונים 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 הסמוך וכן תתכן פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול, במקרים נדירים ביותר סיכונים 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 יודע/ת 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