



טופס הסכמה ניקור פריקרדיאלי / Pericardiocentesis

מדבקת המטופל

נוזל פריקרדיאלי (נוזל קרום הלב) הקיים בכמות רבה סביב הלב עשוי להוות מצב חירום רפואי ואף לגרום לסכנת חיים. במקרים מסוימים נדרשת הוצאה של הנוזל, הן למטרה טיפולית ולעיתים גם למטרה אבחנתית. במקרים אלה נדרש לבצע ניקור פריקרדיאלי/ הכנסת נקז פריקרדיאלי.

מטרת הפעולה היא להוציא את הנוזל הפריקרדיאלי לצורך הצלת חיים, הקלה על סימפטומים ובידור אבחנתי.

הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית באמצעות החדרת מחט לחלל קרום הלב. פעולה זו מתבצעת בסיוע אמצעי הדמיה כגון אקוקרדיוגרפיה ו/או שיקוף בחדר הצנתורים. במידה וקיים הצורך בניקוז הנוזל לאורך זמן, הרי שמוחדר נקז לחלל קרום הלב.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ביצוע ניקור פריקרדיאלי, להלן "הפעולה העיקרית", הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, כגון ניקוז כירורגי של נוזל קרום הלב.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר ניקור פריקרדיאלי והן: כאבים באזור הניקור, אודם ודימום מקומי.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה הרפואית (ניקור פריקרדיאלי) יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות לשם ביצוע הפעולה כגון הנשמה, ניקוז של הריאה, ניקוז כירורגי של נוזל קרום הלב.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום לחלל קרום הלב או ללב עצמו, דקירת איברים סמוכים ללב, יצירת נקב בריאה, פגיעה בכלי דם, מוות (נדיר).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך פעולת הניקור הפריקרדיאלי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הפעולה העיקרית או מיד לאחריה.

אם הפעולה תתבצע בהרדמה הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה.

במקרה בו הטיפול נעשה באלחוש מקומי/אזורי/חסימה עצבית, על ידי הרופא המבצע את הפעולה, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בביקוח ובהשגחה מלאים.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניקור הפריקרדיאלי וכל ההליכים העיקרים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת/ות בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.



שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------



תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------



שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
--------------------------------	--

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.



שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

צהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.



שם המתרגם/ת	חתימת המתרגם/ת
-------------	----------------



תאריך ושעה	קשריו למטופל/ת
------------	----------------