

טופס הסכמה מדעת - לטיפול בנזעי חשמל ECT-Electroconvulsive therapy

מדבקה

הטיפול בנזעי חשמל ECT מקובל מזה כ- 60 שנה והוכיח את עצמו כטיפול יעיל ובטוח. הטיפול התגלה לאחר תצפיות כי פרכוס בדומה לזה, המתרחש באפילפסיה משפר מצבים נפשיים. באמצעות נזעי חשמל ניתן ליצור פרכוס מבוקר. בזמן הטיפול מוזרמת למוח כמות קטנה של חשמל שבעקבותיה מתרחש פרכוס. הטיפול נעשה בהשגחה של פסיכיאטר, מרדים ואחות, תוך ניטור סימנים חיוניים. ההשערה המקובלת היום בספרות הינה כי הטיפול "נותן תנופה" לשיפור המצב הנפשי על ידי עליית הפרשה של מתווכים עצביים אשר גורמים להתחדשות ולשינוי הפעילות המוחית בכיוון של החלמה והתחדשות. חלק מהשינויים ניכרים כבר אחרי הטיפול הראשון אולם פעמים רבות השינוי מתרחש בצורה איטית יותר.

כמו כן, הוסברו לי בשפה מובנת הפרטים הבאים:

ההפרעה ממנה אני סובל/ת מצבי הרפואי, הפרוגנוזה הצפויה במצבי והאופציות טיפוליות חלופיות מצויות. כמו כן, הוסבר לי הטיפול המוצע לי, מטרתו, התועלת הצפויה ממנו וסיכונים אפשריים הכרוכים בו, לרבות תופעות לוואי אפשריות כגון: כאב ואי נוחות. נידון איתי הצורך בהרדמה כללית כחלק מהטיפול ותוצאות אפשריות העלולות להיגרם בעקבות ההרדמה והטיפול. בנוסף נידונו עימי הסיכונים והסיכונים בהימנעות מטיפול במצבי, או אלו הכרוכים בטיפולים רפואיים חלופיים.

לפני הטיפול עליי לעבור סדרה של בדיקות רפואיות והתייעצויות עם רופאים מומחים אחרים על פי הצורך.

הטיפול מתבצע בהרדמה מלאה הנמשכת כעשר דקות. ההרדמה כוללת הרפיית שרירים ובזמן הטיפול נוכחים: רופא מרדים, רופא פסיכיאטר וצוות סיעודי.

במהלך הטיפול יוצמדו ראשי שתי אלקטרודות דרכן תועבר כמות מדודה של חשמל. ניתן להצמיד את האלקטרודות בצדו האחד של הראש (בדרך כלל בצד ימין) או בשני צדי הראש. הרופא יבחר את המיקום המתאים יותר למצבי הקליני.

סדרת טיפול אופיינית כוללת כ-12 טיפולים המתבצעים בתדירות של פעמיים או שלוש בשבוע ולעיתים נדרשים טיפולים נוספים על מנת להשיג השפעה מלאה. במקרים מסוימים, ימליץ הרופא להמשיך בטיפולים בתדירות נמוכה יותר גם לאחר השגת התוצאה הרצויה במטרה לשמר אותה.

לא ניתן לצפות מראש כמה טיפולים יידרשו על מנת להשיג שיפור במצב. כמו כן, השיפור עשוי להיות מלא או חלקי במקרים מסוימים לא מושגת תגובה משמעותית לטיפול. על המטופל יהיה להימצא בהשגחה רפואית כשעתיים לאחר הטיפול. בנוסף, אם הטיפולים מתבצעים באופן אמבולטורי (כאשר אינן מאושפז) עליו לדאוג לליווי מתאים לאחר הטיפול.

במשך 24 שעות לאחר ההרדמה על המטופל להימנע מנהיגה.

חיוני להמשיך בטיפול אחזקת בתום סדרת הטיפולים. טיפול זה יכול לכלול: תרופות, טיפול קבוע בנזעי חשמל, שיחות או שילובים של הנ"ל.

במהלך הטיפול בנזעי חשמל ולאחריו עלולות להופיע תופעות לוואי. בנושא זה הוסבר לי כי:

הסיכון לתופעות לוואי מסכנות חיים נמוך מאוד. הסיכון למוות כתוצאה מהטיפול מתרחש על פי הדיווחים 1:100,000 טיפולים. במידה והמטופל סובל מתחלואה גופנית נלווית הסיכון עולה באופן יחסי לחומרת המחלה הגופנית הנלווית.

תופעות לוואי קלות וחולפות כגון: כאב ראש, כאב שרירים קל, בחילות, הקאות ובלבול עלולות להופיע בשעות שלאחר הטיפול וצפויות לחלוף.

הטיפול בנזעי חשמל עלול להשפיע באופן לא רצוי על הזיכרון. פגיעה אפשרית בזיכרון לטווח קצר (לאירועים שאירעו בזמן הטיפול ובשבועות שלפניו) חולפת ברוב המקרים מספר שבועות לאחר סדרת הטיפולים. פגיעה אפשרית בזיכרון לטווח ארוך (אירועים מהעבר הרחוק) נדירה יותר ונוטה גם כן לחלוף ככל שמתרחקים מסדרת הטיפולים. תוארו מקרים בהם התלונות על קשיים בזיכרון נמשכו לתקופה ארוכה יותר.

על סמך המידע שנמסר לי, שקלתי את התועלת הצפויה למול הסיכונים הכרוכים בטיפול והחלטתי להיענות להמלצה. החלטתי זו נעשית מתוך בחירה חופשית ואני רשאית/ת לסגת מהסכמתי לטיפול בכל שלב מבלי שהטיפול בי ייפגע.

עותק של טופס ההסכמה עליו חתמתי נמסר לידי.

הוסבר לי שאוכל לפנות לצוות הטיפול בנזעי חשמל בכל שאלה במהלך הטיפול ולאחר שיתיים. אני מסכים/ה שאנשי הצוות המטפל יבצעו את הנדרש על מנת לבצע את הטיפולים על פי שיקול דעתם המקצועי ובהתאם לנסיבות. אני מאשר שלא ניתנה לי

מרכז רפואי מעיני הישועה | המערך הפסיכיאטרי

כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שיינתנו לי המרכז הרפואי/מרפאה וכי ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפולים ייעשו בידי מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראת של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות שלא ניתן לצפות כעת. לפיכך אני מסכים/מה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים שלדעת רופאי המרכז הרפואי יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הובהר לי מכיוון שהטיפול מתבצע בהרדמה יינתן לי על כך הסבר על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה נפרד.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הערת הסכמה: _____

מקום שיחת ההסכמה: _____

נוכחים בשיחה: _____

_____ חתימת המטופל/ת

_____ שעה

_____ תאריך

_____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

_____ שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת /לאפוסטרופוס של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____ מסי רשיון

_____ חתימת הרופא/ה

_____ שם הרופא/ה

* מחק/י את המיותר

העתקים: 1. תיק מטופלת 2. מטופלת