

טופס הסכמה: הזרקת דם עצמי לחלל אפידורלי (על-קשיתי) EPIDURAL BLOOD PATCH INFORMED CONSENT

הזרקת דם עצמי שנלקח מגופי ומוזרק לחלל אפידורלי, היא פרוצדורה פולשנית שמטרתה להפסיק או להקל על כאבי ראש שנגרמו עקב לחץ נמוך של נוזל השדרה. לחץ נמוך של נוזל השדרה עלול להופיע בעקבות ביצוע זריקה אפידורלית, ספינלית, דיקור מותני אבחנתי או טיפולי, או ללא סיבה ברורה. ירידת הלחץ של נוזל השדרה נגרמת עקב דליפה של נוזל השדרה מהחלל הספינלי והיא זו שגורמת לכאבי הראש.

במהלך הפעולה דם שנלקח מוריד מוזרק לחלל האפידורלי במטרה להקטין את דליפת נוזל השדרה דרך החור בקרום הדורה, המקיף את חוט השדרה.

שם המטופל: _____

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 בביצוע פעולה של הזרקת דם עצמי (להלן: "הטיפול העיקרי").

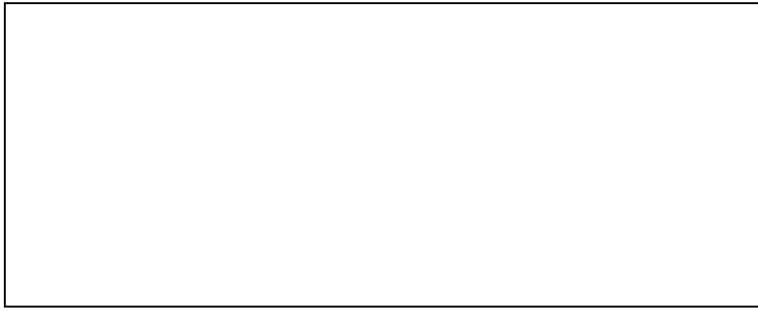
הוסבר לי כי פעולת הזרקת דם עצמי היא אחת מהשיטות המקובלות לטיפול בכאבי ראש מסוג זה והיא מתבצעת לאחר שהטיפול השמרני נכשל. במסגרת הפעולה, המרדים יבצע דיקור אפידורלי ואיש צוות נוסף ישאב בו זמנית דם מהווריד שלי באופן סטרילי. הדם יוזרק מיד לחלל אפידורלי עד אשר ארגיש לחץ בגב או בעורף.

הוסבר לי שלאחר ביצוע הפעולה יש סיכוי של עד 30% שהכאבים לא יעברו לחלוטין ובמקרים מסוימים יהיה צורך לחזור על הפעולה. גם אחרי הפעם השנייה כאבי הראש לא תמיד חולפים לחלוטין.

הוסבר לי כי קיים סיכון קטן לדקירה של קרום הדורה או כלי דם באזור. באופן נדיר עלול להתפתח זיהום במקום ביצוע הפעולה, או במערכת העצבים המרכזית, פגיעה בעצבים, חולשה, שיתוק או סימנים נוירולוגיים נוספים בפלג הגוף התחתון.

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים.

במידה והפעולה מתבצעת במסגרת המערכת הציבורית הובהר לי ואני יודעת/ומסכים/ה לכך שהפעולה תעשה על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים.



אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוטרופוס (קירבה למטופל) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל (נא להקיף בעיגול) את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי החולה/האפוטרופוס על החולה חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה