

# טופס הסכמה: בדיקה אלקטרופיזיולוגית וצריבה באמצעות תדר רדיו

## Electrophysiological study (EPS) and RF (Radio Frequency) Ablation

בדיקה אלקטרופיזיולוגית מיועדת לאבחון של הפרעות קצב שונות, על ידי החדרת צנתר דרך כלי הדם אל חלל הלב. צריבה באמצעות תדר רדיו (RF Ablation) מיועדת לטיפול בהפרעות הקצב הנ"ל. הטיפול מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית, עם או בלי מתן חומרי הרגעה.

פרטי המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			

שם פרטי	שם משפחה
<p>על הצורך בביצוע בדיקה אלקטרופיזיולוגית וצריבה באמצעות תדר רדיו (RF Ablation) (להלן: "הטיפול העיקרי").</p> <p>הוסבר לי שצריבה (RF Ablation), מיועדת למנוע ברוב המקרים, הישנות של הפרעות הקצב.</p> <p>אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות באזור החדרת הצנתרים. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>נזק לכלי דם באזור החדרת הצנתרים שעלול, לעיתים, להביא לצורך בנייתוח לתיקונם.</li> <li>נזק לקרום הריאה ו/או ניקוב הריאה במקרים בהם הצנתר יוחדר דרך ורידי בית החזה.</li> <li>התנקבות דופן הלב שעלולה, לעיתים נדירות, לגרום לדליפת דם משמעותית, שתצריך ניקוז של חלל קרום הלב על ידי דיקור במחט ולעיתים אף ניתוח דחוף.</li> <li>פגיעה במערכת ההולכה של הלב שעלולה לגרום לצורך בהשתלת קוצב לב קבוע.</li> <li>נדידת תסחיפים מהלב לעורקים של איברים שונים, עם נזקים העלולים לנבוע מכך, שיצריכו טיפול מיד, כולל אפשרות לניתוח.</li> <li>במקרים שמתבצעת צריבה בשל פרפור פרזדורים, תתכן בהמשך היצרות של וורידי הריאה. היצרות זאת יכולה לגרום לנזק כרוני לריאות, שיתבטא בקוצר נשימה ושיעול. תופעות אלה יכולות להפוך למצב של מגבלה נשימתית קבועה. סיבוך זה עלול להצריך התערבויות נוספות בוורידי הריאה, לדוגמה: השתלת תומכן לוורידי הריאה ובמקרים נדירים גם ניתוח של הריאות. שכיחות כל אחד מהסיבוכים שהוזכרו נמוכה יחסית. במקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלה לגרום למוות.</li> </ul> <p>אני נותנת/נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלחת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית והרגעה כללית, לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה והפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה המקומית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/יודע ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.</p>	

תאריך	שעה	חתימת המטופל

**שם האפוסטרופוס (קירבה למטופל)** **חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)**

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

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה