



טופס הסכמה: הזרקה לחסם עיצבי מסוג:

הזרקה לחסם עיצבי מסוג: _____ (להלן: "הטיפול העיקרי") נעשית על-מנת לאבחן ולטפל בכאבים. ההזרקה כוללת הכנסת מחט לאזור העצב המטופל בהתאם למחלה. במידת הצורך תוכנס צינורית דרך המחט לצורך ההזרקה. בהתאם לאבחנה תוזרק תמיסה הכוללת מאלחש מקומי ו/או סטרואידים ו/או חומר ניגוד. במידת הצורך תבצע הזלפה ממושכת של התרופה/תרופות באופן קבוע ו/או בשיטת בקרה עצמית של המטופל (patient controlled analgesia-PCA). במידת הצורך תוזרק דרך הוריד או דרך השריר תרופת הרגעה/טשטוש.

שם המטופל: _____

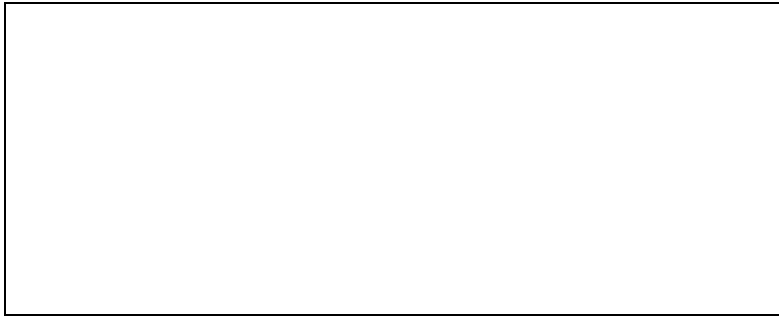
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

שם משפחה	שם פרטי
_____	_____

על הצורך והתועלת בטיפול בהזרקה מסוג: _____ בצד _____ הוסבר לי שבדרך כלל יש בהזרקה זו כדי לסייע בטיפול בכאבים. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות, כשל בהקלה על הכאב, החמרה בכאב, כאב ואי-נוחות באזור ההזרקה ופגיעה עיצבית בלתי מכוונת. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות, פגיעה עיצבית, ירידה בלחץ דם ודופק, כאב ראש, תגובה אלרגית בדרגות חומרה שונות, תופעות לוואי בעקבות השפעת סטרואידים כמו עליית לחץ דם ועלייה ברמת סוכר, פגיעה ברקמת עצב, חזה-אוויר, התכווצויות, דום לב המחייב החיאה, זיהום באזור ההזרקה, מחייב ניקוז ניתוחי וטיפול ממושך בעזרת אנטיביוטיקה. שטף דם שעלול להיווצר באזור ההזרקה, לעיתים, מחייב ניקוז ניתוחי. לעיתים נדירות עלולה להתפתח הפרעה נוירולוגית קשה עד שיתוק לצמיתות. שכיחות כל אחד מהסיבוכים הללו נמוכה יחסית ובמקרים נדירים עלולים סיבוכים אלה לגרום למוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הזרקה מסוג: _____ אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך כדי הטיפול יתברר שיש צורך בהרחבת היקפו של הטיפול, בשינוי ונקיטת הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות, פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות ו/או במלואן אך משמעותן הובהרו לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות, פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד תהיינה חיוניות או דרושות במהלך הטיפול הקשור לטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית וזריקות הרגעה לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה והפרעות בתפקוד הלב, בעיקר, בחולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות למאלחש מקומי.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

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 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
--------------------	---------------	------------