

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 08/21

טופס הסכמה ל

הזרקת בוטולינום לטיפול במיגרנה / Botulinum toxin injection for migraine

מהות הבעיה הרפואית: טיפול מניעה ייעודי במיגרנה כרונית.

מטרת הטיפול הינה הפחתת מס' ימי המיגרנה בחודש.

הפעולה נעשית ע"י הזרקה החומר ל- 31-39 נקודות בשרירי הקרקפת, הפנים, הצוואר והכתפיים על פי פרוטוקול ה- PREEMPT.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על הזרקת בוטולינום לטיפול רפואי במיגרנה כרונית (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים, הסיכויים והתועלת.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון: טיפולי מניעה תרופתיים ולא תרופתיים שונים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית/ת והן: דימום מקומי, כאב באזור ההזרקה, כאבי ראש, חולשת שרירים מקומית באזור ההזרקה שתתבטא בצניחת עפעפיים, צניחת גבות, ראייה כפולה. פגיעה חולפת זו עלולה להמשיך עד מספר חודשים.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה הרפואית הזרקת בוטולינום לטיפול רפואי במיגרנה כרונית יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות לשם ביצוע הפעולה כגון: אלחוש מקומי, עצירת דם, כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: התפתחות של מחלה דמוית שפעת, חולשה גם באזורים מרוחקים מאזור ההזרקה, כמו הפרעת בליעה או חולשה בגפיים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך לטיפול בהזרקת בוטולינום לטיפול רפואי במיגרנה כרונית 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 הניתוח/הפעולה/הטיפול העיקרית/ת או מיד לאחריו.

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

אני יודעת/ת ומסכים/ה לטיפול בהזרקת בוטולינום לטיפול רפואי במיגרנה כרונית וכל ההליכים העיקריים 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.

שם המטופל
שם משפחה: שם פרטי: ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

אני נותן/ת 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 מאשר/ת 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
------------------	-------------	------------

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

חתימת המתרגם/ת

שם המתרגם/ת



תאריך ושעה

קשריו למטופל/ת

