

שם המטופל
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 07/22

טופס הסכמה ל

Anesthesia /הרדמה

מהות הבעיה הרפואית- הרדמה לפני ניתוח/פעולה*: _____:

(*שם הניתוח/פעולה מופיע כהגדרה כללית בלבד. השם המדויק, והמשמעויות המדויקות הכרוכות בפעולה, יימסרו על ידי הרופא/ה המנתח/ת המבצע/ת את הפעולה, כולל מתן הסבר לצורך קבלת ההסכמה מדעת).

סוגי ההרדמה המקובלים הם הרדמה כללית, סדציה ("טשטוש"), הרדמה אזורית ואלחוש מקומי. יתכן שילוב בין השיטות. אלחוש מקומי יכול להיות מבוצע גם על ידי הרופא/ה המבצע/ת את הפעולה, במהלכה. שיטת ההרדמה נקבעת בהתאם לסוג הפעולה המבוצעת, בהסכמה בין המטופל/ת לרופא/ה המרדמ/ה.

הרדמה כללית או סדציה ("טשטוש") הינן שינוי הפיך של מצב ההכרה הנגרם על ידי תרופות לצורך ביצוע פעולה רפואית, כדי למנוע אי נוחות וכאב בזמן הפעולה. במהלך הרדמה כללית או סדציה יינתנו תרופות בדרכי מתן שונות לקבלת שינוי במצב ההכרה, שיכוך כאב ו/או הרפיה. במהלך **סדציה** המטופל/ת שומר/ת על רמת הכרה חלקית ו/או עשוי/ה להיות מנומנם/ת, בעוד שהרדמה כללית היא מצב של אובדן הכרה מלא יזום. הפעולה מתבצעת על- ידי מתן תכשירים המגיעים למערכת הדם. דרכי מתן אפשריות הן הזרקה תוך ורידית, הזרקה תת עורית או לתוך השריר, בליעה, שאיפה למערכת הנשימה, ואף במקרים מסוימים דרך פי הטבעת. הרדמה כללית מצריכה טיפול הנשמתי, החל ממתן חמצן במסכת פנים ונשימה עצמאית, הנשמה במסכה, התקנה של מסיכת לוע, ועד החדרת צינור תוך קני לקנה הנשימה, והנשמה באמצעות מכונת הנשמה. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג ובמשך הפעולה, בסוג ההרדמה ובמצבו/ה הכללי של המטופל/ת.

הרדמה אזורית מתבצעת על-ידי הזרקת תכשירים בסמוך לעצבים, הגורמת לאלחוש של אזור מסוים בגוף. **בהרדמה אפידוראלית ובהרדמה ספינאלית** מוזרקם התכשירים בגב, לחלל סביב חוט השדרה. **בחסימה של עצבים היקפיים** מוזרקם התכשירים סביב עצבים בחלקי גוף שונים. השפעת ההרדמה האזורית חולפת לרוב שעות אחדות לאחר סיום ההזרקה של החומר המאלחש.

אלחוש מקומי מתבצע על ידי החדרת תכשירים לקרבת האזור המנותח, ולרוב מבוצע על ידי הרופא/ה המבצע/ת את הפעולה עצמה. השפעת האלחוש המקומי חולפת לרוב שעות אחדות לאחר הפסקת ההחדרה של החומר המאלחש. יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, כמתואר לעיל, וכן שילוב של שיטות הרדמה אזורית שונות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ביצוע הרדמה מסוג (על הרופא/ה המרדמ/ה להקיף את סוג ההרדמה המתוכנן; ניתן לבחור יותר מסוג אחד):

הרדמה כללית / הרדמה אזורית / אלחוש מקומי / סדציה ("טשטוש") / השגחה



(להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותה וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט לגבי סוגי ההרדמה השונים, לרבות הסיכונים והסיבוכים בכל אחד מהם, השילוב האפשרי ביניהם, והאפשרות שיהיה צורך לעבור מסוג הרדמה אחד למשנהו, במקרה של קושי בביצוע ההרדמה המתוכננת, או על פי שיקול דעתם של הרופאים/ות המרדמים/ות והרופאים/ות המבצעים/ות את

<p>שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>	<p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
---	-------------------------------

מדבקת המטופל

הוסבר לי והבנתי כי סוג ההרדמה שיבוצע בפועל יכול להשתנות במועד הפעולה, וזאת על פי שיקול דעתם של הרופאים/ות המרדמים/ות והרופאים/ות המבצעים/ות את הפעולה.

לכל סוג הרדמה, כוללת הסכמתי את הפעולות הנלוות, ובכללן החזרת צנתרים כנ"ל. הסכמתי ניתנת לכל הנ"ל למעט:

הוסבר לי, והבנתי, כי במהלך ההרדמה יוחדרו לפי הצורך, על פי סוג הפעולה ומצב בריאות המטופל/ת, **צנתרים** לכלי דם שונים בגוף (ורידים או עורקים; ידיים ו/או רגליים ו/או צוואר ו/או חזה), צנתר לכיס השתן, צינור ניקוז לקיבה (זונדה), או אמצעים אחרים לניטור ובדיקות כגון מתמר אולטרסאונד (מתמר אכו') תוך-ושטי למעקב אחר מצב הלב ואמצעים אחרים למעקב אחר פעילות מערכות גוף שונות. החזרת צנתרים אלה כרוכה בסיכונים שונים, הכוללים דימום, זיהום, פגיעה במבנים סמוכים ואחרים, סיכונים שלרוב הינם קלים וחולפים, אולם יכולים אף במצבי קיצון לסכן את חיי המטופל/ת.

בנשים בהיריון, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר, ויתכנו, במקרים נדירים, תופעות לוואי וסיבוכים לעובר או להמשך ההיריון.

הוסברה לי והבנתי את החשיבות הרבה במסירת מידע מלא על מצבי הרפואי ועל כל מחלותיי; על כל התרופות, הסמים והתכשירים הטבעיים אותם אני צורך; וכן, על רגישות ידועה לתרופות ו/או לחומרי הרדמה, ועל תגובות וסיבוכים בעקבות הרדמה קודמת מכל סוג, אצלי או אצל בני משפחתי.

הוסבר לי והבנתי את החשיבות של שמירה על צום לפני ההרדמה, שכן אי-שמירה עלול לגרום לסיבוכים עד מוות.

הוסבר לי והבנתי שביום ההרדמה ועד למחרת היום לפחות, עליי להימנע תחת השגחת מבוגר אחראי, וכי חובה עלי להיזהר בעמידה והליכה מחשש לנפילה. כמו כן, אין לנהוג ואין לקבל החלטות חשובות ביום ביצוע ההרדמה, לכל הפחות, ויתכן שלמשך תקופה ממושכת יותר על-פי מצבי.



הוסברו לי והבנתי את תופעות הלוואי השכיחות לאחר הרדמה, לרבות: כאב בלוע ואי-נוחות בבליעה, כאב שרירים, בחילה ו/או הקאה וחולשה, שיחלפו בהדרגה, התאוששות מאוחרת, דיכוי נשימתי, ירידה בלחץ הדם ו/או שינוי בקצב הלב.

כמו כן, הוסברו לי והבנתי את הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ו/או לפה וללשון, פגיעה בריאות, פגיעה חולפת או קבועה בקנה הנשימה, פגיעה בעיניים (ראייה), פגיעה באוזניים (שמיעה), פגיעה במערכת העצבים מרכזית או פריפרית, קלה או חמורה, זמנית או קבועה, וסיבוכים נדירים כמו תגובה אלרגית לחומרי ההרדמה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי הכבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. הוסבר לי כי במהלך ההרדמה והניתוח עלול להיגרם נזק לעצבים שונים, עיניים, עור ורקמות אחרות, וזאת כתוצאה מגורמים שונים כגון תנוחת הגוף במהלך הניתוח.

הוסבר לי והבנתי שבמקרים נדירים ביותר עלול סיבוך מהרדמה להסתיים במוות.

כמו כן, הוסבר לי והבנתי שיתכנו קשיים בהכנסת צינור לקנה הנשימה, עקב מגבלות במבנה האנטומי או מסיבות אחרות, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כישלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב מתן טיפולים חיוניים, עד כדי ביצוע פעולות החיאה להצלחת חיים, לרבות פיוס קנה הנשימה (טרכיאוסטומיה). הובהר לי כי במקרים כאלה יתכן שלא תבוצע הפעולה המתוכננת.

סיכוני ההרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו.

<p>שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>
--

מדבקת המטופל

<p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>

הוסברו לי והבנתי את תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים לאחר **סדציה** הדומים לאלה של הרדמה כללית כמתואר לעיל. הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע סדציה, שיכול להביא לצורך להעמקת הטיפול כדי הרדמה כללית, או לחילופין לביטול הפעולה המתוכננת. הוסברו לי והבנתי את החלופות הטיפוליות הקיימות לסדציה, הכוללות ביצוע הרדמה כללית או לחילופין ביצוע הפעולה בהעדר סדציה שעלול להיות מלווה בחוסר נוחות ו/או בכאב בזמן ביצוע הפעולה, או אפילו עלול לא לאפשר את ביצוע הפעולה.

הוסברו לי והבנתי את תופעות הלוואי בעת **הרדמה אזורית**, לרבות: כאב ואי-נוחות, כאב ולחץ באתר החדרת המחט, תחושה זמנית של נימול ורעד עם תחילת השפעתו של חומר האלחוש, ואף כשל בהקלה על כאב לאחר הפעולה. הוסבר לי, שלאחר סיום ההרדמה, יחלוף זמן עד שהתחושה והתנועה בחלק הגוף המורדם תחזורנה לתקן; הוסבר לי,



התורה ליחול סיכונים ברפואה בישראל
הקבוצה מודעת



כי קיימת אפשרות לחזרת כאב מוגברת עם חלוף השפעת התרופות. כמו כן, הוסברו לי סיכונים וסיבוכים אפשריים לרבות: זיהום ו/או מורסה באזור הזריקה; דימום מקומי; הופעת קוצר נשימה מסוים (שיחלוף תוך זמן קצר); בביצוע הרדמה ספינאלית או אפידוראלית תיתכן הופעת כאבי גב, וקיימת אפשרות לחדירת המחט לעטיפות חוט השדרה, ולדליפה מתמשכת של נוזל השדרה, שעלולה לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלו עלולות להצריך טיפול פולשני, בדמות ביצוע פעולה אפידוראלית חוזרת להזרקת דם עצמי (Blood Patch).

כמו כן, הוסברו לי והבנתי סיכונים וסיבוכים אחרים של הרדמה אזורית, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות חומרה שונות, פגיעה עצבית ו/או פגיעה בלתי מכוונת בעצבים או בחוט השדרה (לפי סוג הפעולה), חזה-אוויר, ומינון עודף של מאלחשים מקומיים שיכול להוביל להפרעות קצב הלב או להתקף אפילפטי. הוסבר לי כי זיהום באזור ההזרקה לעתים יכול לחייב טיפול אנטיביוטי ובמקרים נדירים אף ניקוז ניתוחי; וכי שטף דם באזור ההזרקה יכול לעתים נדירות לחייב ניקוז ניתוחי. באופן נדיר, תיתכנה פגיעות עצביות קשות ואף בלתי הפיכות בתפקוד העצבים. שכוחות כל אחד מהסיבוכים הללו נמוכה יחסית. במקרים נדירים, עלולים סיבוכים אלו לגרום למוות.

כמו כן, הוסבר לי שיתכנו קשיים בביצוע ההרדמה האזורית עקב מגבלות במבנה האנטומי או מסיבות אחרות, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כישלון בביצוע ההרדמה האזורית עלול לחייב מעבר להרדמה כללית בכדי לסיים את הפעולה הכירורגית, ובחלק קטן מהמקרים מתן טיפולים חיוניים, עד ביצוע פעולות החייאה להצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן.

הוסברו לי תופעות לוואי של **אלחוש מקומי**, לרבות, כאב ואי-נוחות באזור ההזרקה, שיחלפו בהדרגה. הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, כמו דימום או זיהום במקום ההזרקה, ולעיתים נדירות פגיעה קלה או חמורה, זמנית או קבועה, בעצב סמוך למקום ההזרקה. ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שביצוע ההרדמה וכל ההליכים העיקרים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו 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 אפוסטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
---------------------------------	---

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס / 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.

שם המתרגם/ת	חתימת המתרגם/ת
-------------	----------------

תאריך ושעה	קשריו למטופל/ת
------------	----------------

