

שם המטופל
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 06/22

טופס הסכמה ל

הזרקת בוטולינים לגפיים ספטסטיות / Botulinum Toxin Injection

מהות הבעיה הרפואית: מתח שרירים (טונוס) מוגבר בשריר, ספטסטיות.

מטרת הטיפול הינה הפחתת מתח שרירים מוגבר להקלה על טווח תנועות. הפעולה נעשית על ידי הזרקת החומר במינון על פי משקל גוף לשריר המטרה. הפעולה יכולה להתבצע לאחר אלחוש מקומי על ידי משחה, תחת טשטוש (סדציה) או בהרדמה מלאה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על הזרקת בוטולינים לגפיים ספטסטיות (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

ההזרקה תבצע **ביד/רגל ימין/שמאל** (הקף/י בעיגול) הערות: _____

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי: הפעלה על ידי פיזיותרפיה, שימוש בסדים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית והן: גירוי מקומי באזור ההזרקה, חולשה כללית, קשיים בבליעה, אי שליטה על סוגרים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: כאב ואי נוחות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הזרקת הבוטולינים לגפיים ספטסטיות 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 הפעולה העיקרית או מיד לאחריה.

אם הפעולה תבצע בהרדמה הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה.

במקרה בו הטיפול נעשה באלחוש מקומי/אזורי/חסימה עצבית, על ידי הרופא המבצע את הפעולה, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.



ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים. עם זאת, פעולת ההזרקה לא תבצע ע"י סטודנט.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שאת הזרקת הבוטולינים לגפיים ספסטיות 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.

<p style="text-align: center;">שם המטופל</p> <p>שם משפחה: _____</p> <p>שם פרטי: _____</p> <p>ת.ז: _____</p>	<p style="text-align: center;">שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
--	---

מדבקת המטופל

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

<p>שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)</p>	<p>חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)</p>
--	--

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.



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

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

