

שם המטופל
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 06/21

טופס הסכמה ל

ביצוע חסם עצבי פריפרי / Peripheral Nerve Block

אם הפעולה תבצע במהלך הרדמה, הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס ההסכמה הייעודי, הכללי, להרדמה.

מהות הבעיה הרפואית - כאב.

מטרת חסם עצבי פריפרי היא להפחית כאב, בין אם כטיפול יחיד בן, או כתוספת לטיפול תרופתי. חסם עצבי פריפרי, יכול להינתן גם כאמצעי להרדמה בניתוח, לבד, או כתוספת לשיטות הרדמה כללית או טשטוש (סדציה). החסם העצבי, נעשה באמצעות הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבם, שגורמת לאלחוש של אזור מסוים בגוף. השפעת החסם העצבי חולפת לרוב שעות אחדות לאחר הפסקת ההזרקה של החומר המאלחש. הוסבר לי, שברוב המקרים ההזרקה תעזור לשיכוך כאביי, אך ייתכן שמטרה זו לא תושג.

שם החסם העצבי המתוכנן לפעולה זו

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ביצוע חסם עצבי פריפרי (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת. כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי קרי, מתן טיפול תרופתי סיסטמי לשיכוך כאבים. הוסברה לי והבינתי את החשיבות הרבה במסירת מידע מלא על מצבי הרפואי ועל כל מחלותיי, וכן, על רגישות ידועה לתרופות ו/או לחומרי הרדמה, ועל תגובות וסיבוכים בעקבות הרדמה קודמת מכל סוג, אצלי או אצל בני משפחתי, ועל כלל הטיפול התרופתי אותו אני נוטל.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית והן: כאב ואי נוחות, כאב ולחץ בעת החזרת המחט, תחושה זמנית של נימול ורעד עם תחילת השפעתו של חומר האילחוש; כשל בהקלה על כאב לאחר הפעולה. הוסבר לי, שלאחר סיום ההרדמה, יחלוף זמן עד שהתחושה והתנועה בחלק הגוף המורדם תחזורנה לתקן; הוסבר לי, כי קיימת אפשרות לחזרת כאב מוגברת עם חלוף השפעת התרופות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ביצוע החסם העצבי הפריפרי יתברר שיש צורך לבצע אלחוש מקומי, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, על ידי הרופא המבצע את הפעולה. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, 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.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות חומרה שונות, פגיעה עצבית ו / או פגיעה בלתי מכוונת בחוט השדרה, חזה- אור, התקף אפילפטי קצר וחולף, זיהום באזור ההזרקה שלעתיים, מחייב ניקוז ניתוחי וטיפול אנטיביוטי, שטף דם באזור ההזרקה שלעתיים, מחייב ניקוז ניתוחי. באופן

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

מדבקת המטופל

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ביצוע חסם עצבי פריפרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו 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 לאחריו.

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 החסם העצבי הפריפרי 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.

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 / 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
-------------------	-----------------------