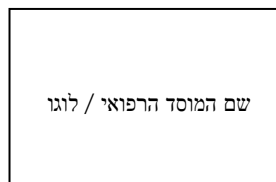




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 06/18

טופס הסכמה ל

ניטור וידאו-EEG
Video-EEG monitoring

מטרת הניטור הנה לאפיין אירועים החשודים לאפילפטיים ואת מיקום המוקד האפילפטי במוח, על מנת לאפשר טיפול מתאים למניעת אירועים אלו. הניטור מתבצע תוך אשפוז בחדר ייעודי המצולם במצלמת וידאו, כשהנבדק מחובר למכשיר EEG בו זמנית. הוידאו מצלם ומקליט את המטופל ואת כל מי שנמצא איתו בחדר, וזאת לצרכים רפואיים של אבחון.

מכשיר ה- EEG רושם פעילות חשמלית מוחית באמצעות אלקטרודות מודבקות על הקרקפת ומקליט פעילות זו בתזמון מלא עם צילום הוידאו על גבי מחשב. על מנת להבטיח קיום אירועים נוירולוגים תוך כדי הניטור יש צורך/אין צורך (הקף בעיגול את המתאים) בהפחתה או הפסקה של הטיפול התרופתי האנטיאפילפטי הקבוע שאתה נוטל. ביצוע הפעולה כרוך בהכנסת ונפלוון לוריד לצורך מתן עירווי וביצוע ניטור ריווי חמצן במידת הצורך.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **ללא הרדמה**

שם המטופל:



שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

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



שם פרטי

שם משפחה



חתימת המטופל	שעה	תאריך
		שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

על הצורך בביצוע הפעולה להלן "הפעולה העיקרית/ת".

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים בזמן הפעולה העיקרית/ת לרבות כאב ואי נוחות והן: אי נוחות או גרד על הקרקפת, כאב ראש, איסור שטיפת הראש והשער; במקרה של הורדת או הפסקת טיפול תרופתי – איסור יציאה מחדר הבדיקה, צורך בליווי לשימוש בשירותים, הכנסת ונפילון לוריד, ניטור ריווי חמצן, התקף אפילפטי, לרבות התקף קשה מהרגיל או רצף של התקפים עד כדי סטטוס אפילפטיקוס, אשר עלולים להוביל לסיבוכים, כולל שברים או פריקות מפרקים, דלקת ראות, ועד, במקרים מאוד נדירים אף למוות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניטור הוידאו- EEG יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם טיפול בסיבוכים אפשריים: במקרה של התקפים אפילפטיים קשים או רצף של התקפים – מתן חמצן במסכה, הכנסת נתיב אויר לפה, טיפול תרופתי להפסקת ההתקף, ועד הנשמה מלאכותית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית, לרבות אי נוחות: אי נוחות, גרד או כאב על הקרקפת, שאריות חומר הדבקה על השער המצריך טיפול להסרתו שיכול להיות כרוך בנשירת שערות, החמרה בהתקפים אפילפטיים בימים שאחרי הפעולה העיקרית, במקרים בהם הורד הטיפול האנטיאפילפטי בזמן הבדיקה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית 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.

הנחיות חשובות להצלחת הפעולה: איסור שטיפת הראש והשער, במקרה של הורדת או הפסקת טיפול תרופתי – איסור יציאה מחדר הבדיקה בשל חשש להתקפים, צורך בליווי לצורך שימוש בשירותים/מקלחת.



הוסבר לי ואני מבין שבמידה ולא אשמע להנחיות שהוסברו לי בעל פה בקבלה לאשפוז ובמהלך האשפוז וכן ההנחיות המפורטות בטופס זה עלול הדבר לפגוע בהצלחת הפעולה ואף לסכן אותי באופן מיותר.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהפעולה העיקרית 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 הטיפול העיקרי:

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

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל
חתימת אפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפוסטרופוס
(קירבה למטופל)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

קשריו לחולה

שם המתרגם/ת



