



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 08/16

טופס הסכמה ל

הזרקת דם עצמי לחלל אפידורלי (על-קשיתי) EPIDURAL BLOOD PATCH INFORMED CONSENT

הזרקת דם עצמי שנלקח מגופי ומוזרק לחלל אפידורלי, היא פרוצדורה פולשנית שמטרתה להפסיק או להקל על כאבי ראש שנגרמו עקב לחץ נמוך של נוזל השדרה. לחץ נמוך של נוזל השדרה עלול להופיע בעקבות ביצוע זריקה אפידורלית, ספינלית, דיקור מתני אבחנתי או טיפולי, או ללא סיבה ברורה. ירידת הלחץ של נוזל השדרה נגרמת עקב דליפה של נוזל השדרה מהחלל הספינלי והיא זו שגורמת לכאבי הראש.

במהלך הפעולה דם שנלקח מוריד מוזרק לחלל האפידורלי במטרה להקטין את דליפת נוזל השדרה דרך החור בקרום הדורה, המקיף את חוט השדרה.

שם החולה:

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

על הצורך בביצוע פעולה של הזרקת דם עצמי (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי כי פעולת הזרקת דם עצמי היא אחת מהשיטות המקובלות לטיפול בכאבי ראש מסוג זה והיא מתבצעת לאחר שהטיפול השמרני נכשל. במסגרת הפעולה, המרדים יבצע דיקור אפידורלי ואיש צוות נוסף ישאב בו זמנית דם מהווריד שלי באופן סטרילי. הדם יוזרק מיד לחלל אפידורלי עד אשר ארגיש לחץ בגב או בעורף.

הוסבר לי שלאחר ביצוע הפעולה יש סיכוי של עד 30% שהכאבים לא יעברו לחלוטין ובמקרים מסוימים יהיה צורך לחזור על הפעולה. גם אחרי הפעם השנייה כאבי הראש לא תמיד חולפים לחלוטין.



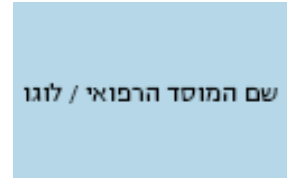
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
תקבוצת מרדס



הוסבר לי כי קיים סיכון קטן לדקירה של קרום הדורה או כלי דם באזור. באופן נדיר עלול להתפתח זיהום במקום ביצוע הפעולה, או במערכת העצבים המרכזית, פגיעה בעצבים, חולשה, שיתוק או סימנים נוירולוגיים נוספים בפלג הגוף התחתון.



מדבקת המטופל

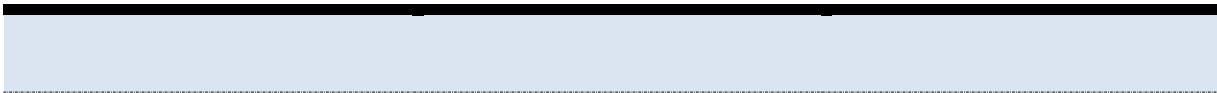


שם המוסד הרפואי / לוגו

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים.

במידה והפעולה מתבצעת במסגרת המערכת הציבורית הובהר לי ואני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהפעולה תעשה על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.



חתימת המטופל

שעה

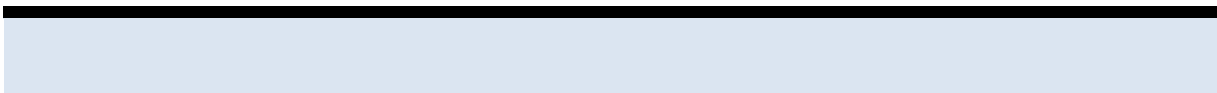
תאריך



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 (נא להקיף בעיגול) את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי החולה/האפוסטרופוס על החולה חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.



שם הרופא (חותמת)

חתימת הרופא

תאריך ושעה



שם המתרגם/ת

קשריו לחולה



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
מקבוצת מדגם

