

טופס הסכמה להזרקה בהנחיית אולטרה סאונד INJECTION UNDER US GUIDANCE

מדבקה

הזרקה בהנחיית אולטרה סאונד, נעשית על מנת לאבחן ולטפל בכאביו של החולה. ההזרקה כוללת כניסה עם מחט למבנה האנטומי המצוין, בהנחיית אולטרה סאונד, לאחר מכן, תוזרק לאזור תמיסה שתכלול בהתאם לצורך, שילוב של סטרואידים חומרי הרדמה מקומיים. הטיפול מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית עם או בלי מתן חומרי הרגעה.

ת.ז.																			

שם המטופל: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך והתועלת מהזרקה ל:

בהנחיית אולטרה סאונד INJECTION UNDER US GUIDANCE (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי שברוב המקרים ההזרקה תעזור לשיכוך כאבי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כשל להקל על הכאב, החמרת הכאב, כאב ואי נוחות באזור ההזרקה, כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: תגובה אלרגית ואנאפילקטית לחומרים המוזרקים, תופעות לוואי מסטרואידים, כעליית לחץ דם, יציאה מאיזון סוכרתי, פגיעה עצבית, ירידה זמנית קצרה בלחץ דם ודופק, כאב ראש חולף, פגיעה בחוט שידרה או ברקמת עצב, חזה אוויר, התקף אפילפטי קצר וחולף, זיהום באזור ההזרקה וחוט השדרה, שלעיתים מחייבת ניקוז וטיפול אנטיביוטי ממושך, שטף דם באזור חוט השדרה המחייב ניקוז ניתוחי, באופן נדיר, פגיעות נוירולוגיות קשות, בלתי הפיכות עד לכדי שיתוק, דום לב המחייב החייאה, שכיחות כל אחד מהסיבוכים הללו נמוכה יחסית. במקרים נדירים עלולים סיבוכים אלו לגרום למוות.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה ההרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת רופאי medica יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית והרגעה כללית, לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות נשימה והפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה המקומית, אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית, ייתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדום.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי: _____ בהתאם לנהלים ולהוראות של medica, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ב-medica בכפוף לחוק.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica מרכזיים רפואיים (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קירבה)

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

שם הרופא: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם