

# טופס הסכמה לביצוע חסם עצבי פריפרי

## Peripheral Nerve Block

### מדבקה

מטרת חסם עצבי פריפרי היא להפחית כאב, בין אם כטיפול יחיד בן, או בתוספת 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 לשיכון כאבי, אך ייתכן שמטרה זו לא תושג.

אם הפעולה תבצע במהלך הרדמה הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס ההסכמה הייעודי הכללי להרדמה. שם החסם העצבי המתוכנן לפעולה זו:

על הצורך בביצוע חסם עצבי פריפרי Peripheral Nerve Block (להלן: "הפעולה העיקרית")

הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת. כמו כן, הוסבר לי לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי קרי, מתן טיפול תרופתי סיסטמי לשיכון הכאבים.

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 הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית והן: כאב ואי נוחות, כאב ולחץ בעת החדרת 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 לתקנו. הוסבר לי כי קיימת אפשרות לחזרת כאב מוגברת עם חלוף השפעת התרופות.

הוסבר לי ואני מבין/נה 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 שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי הלב עם הפרעה במערכת הנשימה.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות חומרה שונות, פגיעה עצבית ו/או פגיעה בלתי מכוונת בחוט השדרה, חזה אויר, התקף אפילטי קצר וחולף, זיהום באזור ההזרקה שלעיתים, מחייב ניקוז ניתוחי וטיפול אנטיביוטי, שטף דם באזור ההזרקה שלעיתים מחייב ניקוז ניתוחי, באופן נדיר, תיתכנה פגיעות נוירולוגיות קשות, ואף בלתי הפיכות בתפקוד העצבים שכיחות כל אחד מהסיבוכים הללו נמוכה יחסית במקרים נדירים, עלולים סיבוכים אלו לגרום למוות.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל/ת \_\_\_\_\_

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

שם הרופא/ה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_

שם המתרגם \_\_\_\_\_ קשריו למטופל/ת