טופס הסכמה לטיפול בכאב
בהזלפה של לידוקאין ומגנזיום תוך וריד

מדבקה

הזלפה של לידוקאין ומגנזיום תוך ורידי מיועדת לטיפול בכאב כרוני ו/או בכאב נוירופתי.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה.
כמ כן, הוסברו לי תופעות לוואי וסיבוכים אפשריים, הוסבר לי שבמקרים נדירים ביותר עלולים להופיע: שינויים בקצב הלב, דום נשימה, ירידת לחץ הדם, התכווצויות וכו'.

שם המטופל/ת: _____ _____ _____ _____
שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת.ז.

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

על פעולת ההזרקה של התרופה לידוקאין ומגנזיום לתוך וריד פריפרי. (להלן: "הטיפול עיקרי").

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול לכל התקופה.

הובהר לי כי ניתן לחזור על הטיפול פעמים רבות בהפסקה של שבוע מינימום בין הטיפולים

אני יודע/ת ומסכים/ת לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ב- medica ובכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

_____ _____
שם האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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: _____

_____ _____
שם המתרגם | קשריו למטופל

0156.ט