

טופס הסכמת לטיפול פולשניPCA

MDBKA

טיפול פולשני מתבצע על מנת לאבחן ולטפלPCA. הטיפול נעשה על ידי הזרקה במקום שנבחר על ידי רופא בהתאם למחלת, לרבות אזור של עמוד שידרה, של עצבים מרכזיים או פריפריים, מפרקים ושרירים. במידה הצורך, תזקק תוננס צינורית דרך המחט לצורך הזרקה. בהתאם לאבחנה תזרק תומיסה הכלולת מאלחש מקומי ו/או סטרואידים ו/או חומר ניגוד. במידה הצורך, תזרק דרך הויריד או דרך השדרה תרופה הרגעה/טיפול. הטיפול יכול להתבצע בהנחיית אמצעי הדמיה: שיקוף רנטגן או אולטראסאונד.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי התוצאות המקומות, הסיכוןם הסבירים ודרכי הטיפול החלופיות האפשרות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכוןם והסיכוןם הכרוכים בטיפולים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי וכי במקרים נדירים ובודדים יתכו סיבוכים כתוצאה מהפעולה, לרבות: כאב ואי-נוחות באזור הזרקה, כשל בהקללה על PCA, החמרהPCA. כמו כן, הוסברו לי הסיכוןם והסיכוןם האפשריים של הטיפול הנוכחי, לרבות: חסיפה לקרינת רנטגן ולנטקיה, פגיעה עצבית ו/או פגיעה בלתי מכוונת בחוט השדרה, ירידת בליחן דם ודופק, כאב ראש, תגובה אלרגית בדרגות חמורה שונות. תופעות לוואי בעקבות השפעת סטרואידים כמו: עלית לחץ דם, עליה ברמות הסוכר, זיהום באזור הזרקה וחוט השדרה, שכיחות כל אחד מהסיכוןים הללו נמוכה מאוד ובקרים נדירים עלולים סיבוכים אלו לגרום למוות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיים אפשרות, שתוך כדי הטיפול יתברר שיש צורך בהרחבת היקפו של הטיפול, בשינויו ונקייטת הליכים אחרים או נוספים לצורך מניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם בעת בוודאות ו/או במלואן, אך משמעותן הובירה לי, לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה ההרחבה, שנייני או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת רופאי medica יהו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול הקשור לטיפול.

אני יודעת/ת ומסכימים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים יעשה בידי מי שהדבר יוטל עלי, בהתאם לנוהלים ולהוראות של medica, וכי לא הובטו לי شيء, ככל או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד שיישו באחריות המקובל ב-medica בכופו לחוק.

שם המטופל/ת: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ שם האב: _____ שם פרטי: _____ שם גן/ת:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיביתי הסבר מפורט בעלפה מפרופ' ד"ר: _____ שם המשפחה: _____ שם פרטי: _____

על הצורך ביצוע הטיפול: _____

חתימת המטופל/ת _____ שעיה _____ תאריך _____

חתימת האפטורופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולת נש) _____ שם האפטורופוס (קירבה) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה למוטפל/ת לאפטורופוס של החולה את כל האמור לעיל בפיירות הדרוש וכי הוא/היא חתמה על הסכמה בפני לאחר שוכחנתי כי הבין/ה את הסבריו במלואם.

שם הרופא: _____ מס' רישוי: _____ חתימה: _____