

## טופס הסכמה: היפוך חשמלי של קצב הלב (ELECTRICAL CARDIOVERSION)

הטיפול מתבצע במקרים של הפרעות בקצב הלב.  
לצורך ההיפוך משתמשים בכפות או במדבקות המונחות על בית החזה דרכן מועבר זרם חשמלי בעל עוצמה במטרה להסדיר את קצב הלב.  
הטיפול מתבצע לאחר הזרקת חומרי הרגעה לווריד.

שם החולה \_\_\_\_\_

| שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת.ד. |
|----------|---------|--------|------|
|----------|---------|--------|------|

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

שם משפחה  
שם פרטי

על הצורך בביצוע היפוך חשמלי של קצב הלב(להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי שברוב המקרים ההיפוך מצליח וקצב הלב חוזר להיות סדיר, אך קיימת גם אפשרות ש הפרעת הקצב לא תחלוף או אף תחמיר לאחר ההיפוך, או תחלוף ותחזור שוב כעבור זמן קצר או ארוך.

כמו כן הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בהתאם למצבי, לרבו ת: התחלה או המשך של טיפול תרופתי שסיכויי הצלחתו נמוכים משל ההיפוך החשמלי.

כמו כן הובהר לי שקיימים מצבים בהם ניתן להמשיך לחיות עם הפרעה בקצב הלב.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות כאבים מקומיים ו/או כווייה קלה של העור באזור החזה, או תחושה של כאב בזמן ההיפוך למרות הרגעה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: אירוע מוחי, עקב תסחיף של קריש דם למוח, תסחיף של קריש דם לכלי דם באזורי גוף אחרים, קצב לב איטי מאוד שעלול לחייב הכנסת קוצב לב זמני או קוצב קבוע, הפרעות קצב חדריות שעלולות להיות מסוכנות ובצקת ריאות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

ידוע לי כי עירווי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופוציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירווי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירווי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאיידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירווי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להזרקת חומרי הרגעה לווריד לאחר שהוסבר לי שהשימוש בחומרי הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הרגעה כללית רעה לאחר שפגה השפעתם.

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

| תאריך | שעה   | חתימת החולה |
|-------|-------|-------------|
| _____ | _____ | _____       |

שם אפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין 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/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון |
|------------|---------------|-----------|
|------------|---------------|-----------|

\* מחקי את המיותר