

מדבקת מטופל

טופס הסכמה: בדיקה אלקטרופיזיולוגית וצריכה באמצעות תדר רדיו Electrophysiological Study (EPS) and RF (Radio Frequency) Ablation

בדיקה אלקטרופיזיולוגית מיועדת לאבחון של הפרעות קצב שונות, על ידי החדרת צנתר דרך כלי הדם אל חלל הלב. צריכה באמצעות תדר רדיו (RF Ablation) מיועדת לטיפול בהפרעות הקצב הנ"ל. הטיפול מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית, עם או בלי מתן חומרי הרגעה.

שם החולה:

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

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

שם משפחה שם פרטי

על הצורך בביצוע בדיקה אלקטרופיזיולוגית וצריכה באמצעות תדר רדיו (RF Ablation) (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי שרוב המקרים לאחר RF Ablation, תמנענה הפרעות הקצב. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות באזור החדרת הצנתרים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות:

- נזק לכלי דם באזור החדרת הצנתרים שעלול לעתים להביא לצורך בנייתוח חתיקונים.
- נזק לקרום הריאה ו/או ניקוב הריאה במקרים בהם הצנתר יחדר דרך ורידי בית החזה.
- התנקבות דופן הלב שעלולה, לעתים נדירות, לגרום לדליפת דם משמעותית שתצריך ניקוז של חלל קרום הלב על ידי דיקור במחט ולעתים אף ניתוח דחוף.
- פגיעה במערכת ההולכה של הלב שעלולה לגרום לצורך בהשתלת קוצב לב קבוע.
- נדירת תסחיפים מהלב לעורקים של איברים שונים עם נזקים העלולים לנבוע מכך, שיצרכו טיפול מיידי, כולל אפשרות לניתוח. שיכחות כל אחד מהסיכוכים שהוזכרו נמוכה יחסית. במקרים נדירים ביותר עלולים סיכוכים אלה לגרום למוות.

אני נותן/ת בזאת 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 בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקרויפוציפיט ניטנים לחולה הזקוק לכך בעירוי 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 ורפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי 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) - ובאידס (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, סיכוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות. לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית והרגעה כללית, לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה 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 ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו 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 בכפוף לחוק.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

שם האפטרופוס חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפטרופוסו של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון _____

שם הרופא וחתימה _____