

מדבקה גדולה

טופס הסכמה לסדציה (טשטוש)

הנך עומד/ת לעבור פעולת אבחון / טיפול הכרוכה בהופעת תחושת כאב, לחץ, חרדה ועוד, ברמות ובעוצמה משתנים. לצורך ביצוע הפעולה (פרוצדורה) הטיפולית / אבחנתית תקבלי/י תכשיר / תרופה שיגרום לסדציה (טשטוש) המביאה לידי שינוך הכאב, הרגעה ו/או הרפיה.

סדציה גורמת להפחתת הכאב, למצב רגיעה והפחתת חרדה ופחד, כאשר המטופל/ת שומר/ת על הכרה מלאה או יכול/ה להיות מנומנם/ת.

הפעולה המתוכננת עבורי, בעבורה אקבל סדציה, היא: _____
הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר סדציה הכוללות: בחילה, הקאה וישנוניות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, הכוללים, בין היתר, דיכוי נשימה עקב מתן תרופות הסדציה, שעלול לדרוש הנשמה, ירידה בלחץ הדם או הדופק, או שינוי בקצב הלב, שיחייבו מתן נוזלים ו/או תרופות לווריד.

במקרים נדירים, עלולים להופיע: הזיות, תגובה אלרגית, חום, פריחה ובמקרים נדירים מאוד דום לב או תרדמת.

לעיתים יש צורך במתן תרופות הנוגדות את פעילות תרופות הסדציה, מצב העשוי לגרום ליתר ערנות.

תתכן אפשרות של צורך באשפוז להשגחה והמשך טיפול.

אצל אישה בהיריון, יתכן מעבר של חלק מחומרי הסדציה לעובר, ויתכנו, במקרים נדירים, תופעות לוואי וסיבוכים לעובר או להמשך ההיריון.

הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע הסדציה, המחייב לעיתים מתן טיפולים להבטחת פעילות המערכות החיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן ולא תתבצע הפעולה המתוכננת.

אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע סדציה.

שם המטופל/ת: _____

שם משפחה

שם פרטי

שם האב

ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

שם משפחה

שם פרטי

תאריך

שעה

חתימת המטופל/ת

שם האפטרופוס (קרבה)

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפטרופוס 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

מספר רישיון

*מחקי/י את המיותר