



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	כתובת:
טלפון:	מדבקת פרטי 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 פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

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

על הצורך בביצוע בדיקה אלקטרופיזיולוגית וצריכה באמצעות תדר רדיו (RF Ablation) (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי שברוב 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 בניית חתכים לתיקונים.
- נזק לקרום הריאה ו/או ניקוב הריאה במקרים בהם הצנתר יוחדר דרך ורידי בית החזה.
- התנקבות דופן הלב שעלולה, לעתים נדירות, לגרום לדליפת דם משמעותית שתצריך ניקוח של חלל קרום הלב על ידי דיקור במחט ולעתים אף ניתוח דחוף.
- פגיעה במערכת ההולכה של הלב שעלולה לגרום לצורך בהשתלת קוצב לב קבוע.
- נדידת תסחיפים מהלב לעורקים של איברים שונים עם נזקים העלולים לנבוע מכך, שיצריכו טיפול מיידי, כולל אפשרות לגניחה. שכיחות 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.

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/מסכים/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.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשר/ת כי הסכמתי בעל-פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסכמי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
------------	---------------	-----------

* מחקי את המיותר

מחלקת קרדיולוגיה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הקרדיולוגי בישראל
החוג הישראלי לקיצוב ואלקטרופיזיולוגיה

