

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.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר			
פרופ' תרצה פוקס		שם פרטי	
שם משפחה		שם פרטי	

על הצורך בביצוע בדיקה אלקטרופיזיולוגית וצריכה באמצעות תדר רדיו (RF Ablation) (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי שכרוב 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 והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות:

- נזק לכלי דם באזור החדרת הצנתרים שעלול לעתים להביא לצורך בניתוח לתיקונם.
- 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 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, שיצריכו טיפול מידי, כולל אפשרות לניתוח. שכיחות כל אחד מהסיבוכים שהוזכרו נמוכה יחסית. במקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים 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/ ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין 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.

פרופ' תרצה פוקס

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

* מחקי את המיותר