

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.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____

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 שהפרעת 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, לרבות: 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.

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 הרגשה כללית רעה לאחר שפגה השפעתם.

אני יודעת/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, 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.

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

* מחקי את המיותר