

## **טופס הסכמה: היפוך חשמלי של קצב הלב (ELECTRICAL CARDIOVERSION)**

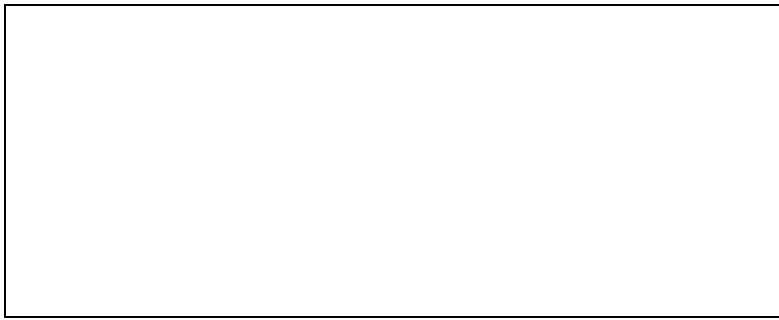
הטיפול מתבצע במקרים של הפרעות בקצב הלב.  
לצורך ההיפוך משתמשים בכפות או במדבקות המונחות על בית החזה דרכן מועבר זרם חשמלי בעל עוצמה  
במטרה להסדיר את קצב הלב.  
הטיפול מתבצע לאחר הזרקה חומרי הרגעה לווריד.

שם המטופל:

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 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 הוסבר 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 הוסבר לי הסיבוכים 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 להזרקה 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/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

---

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

---

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------