

טופס הסכמה: החדרת צנתר ורידי מרכזי

Insertion of Central Vein Catheter

החדרה **מתוכננת ויזומה** של צנתר לווריד מרכזי מתבצעת לצורך מתן טיפול בתכשירים, מוצרים ותרופות שונות. השימוש בווריד מרכזי מייתר את הצורך בדיקורים חוזרים לוורידים היקפיים וכמו כן מפחית את הסיכון לדליפה חוץ וורידית של החומרים שעלולים לגרום לנזק לרקמות. ניתן להשתמש בצנתר גם לנטילת דגימות דם, לנטילת תאי אב להשתלה ו/או לצורך טיפול בהמודיאליזה. קיימים מקרים בהם מוחדר צנתר ורידי מרכזי בהעדר וורידים פריפריים זמינים. שימוש ממושך בצנתר יצריך את החלפתו בפרקי זמן קבועים. לעיתים, יש צורך בהחלפה מוקדמת יותר על רקע ירידה בתפקוד הצנתר. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית או בהרדמה כללית.

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
_____	_____

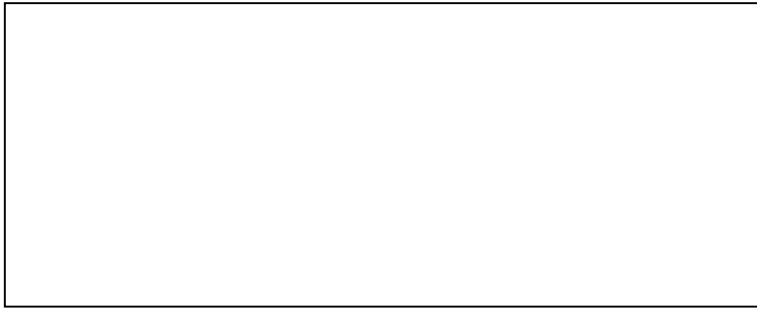
על הצורך בהחדרת צנתר ורידי מרכזי לווריד _____ (להלן: "הטיפול העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.

הוסברו לי הסיבוכים האפשריים הקשורים בהחדרת הצנתר ו/או הימצאותו בווריד, לרבות: חזה אוויר מיידי או מאוחר, דימום מקומי, שטף דם לתוך חלל הצדר (פלאורה), שעלול להצריך ניתוח חזה. פגיעה באיברים סמוכים, כולל כלי הדם הריאתיים ונזק לשריר הלב, זיהום מקומי, אלח דם, פקקת סביב הצנתר. מצבים אלו עלולים לגרום להיווצרות תסחיפים של קרישי דם ו/או תסחיפים זיהומיים. כמו כן עלולים להיווצר תסחיפי אוויר. נוכחות הצנתר בווריד עלולה לגרום לדלקת בווריד ולהפרעות בזרימת הדם. הופעת הסיבוכים הנ"ל מצריכה לעיתים הוצאת הצנתר או החלפתו.

כמו כן ייתכנו סיבוכים הקשורים בצנתר עצמו, לרבות: נקב, קרע ו/או ניתוקו של הצנתר לתוך כלי הדם וכן תגובה אלרגית לחומר ממנו עשוי הצנתר. אני נותן/ת בזה 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 הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית במידת הצורך ובהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה. אם יהיה צורך בביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהבדיקה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים 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
--------------------	---------------	------------