

موافقة لعلاج بواسطة صدمة كهربائية

فُسِّر لي أنني أ أن المريض الاسم الشخصي : اسم العائلة: -----
أعاني/يعاني الآن من وضع نفسي ينعكس بـ

تم التفسير لي أن بالوضع النفسي هذا، بالإمكان مساعدتي على يد علاج أو علاج من جديد بواسطة صدمة كهربائية.
تم التوضيح لي أن علاج كهذا يتم عن طريق جهاز ملائم بواسطة وضع توصيلات معدنية على جلدة الرأس وتمرير تيار كهربائي لوقت قصير.

تم التفسير لي، أنه مثل كل علاج طبي، أيضاً هذا العلاج لا يخلو من تعقيدات وأخطار ممكنة. بإمكان العلاج أن يكون مصحوب بظواهر جانبية مثل: أوجاع رأس، أوجاع في العضلات، شعور بـ"التشويش"، وتشويش عابر في الذاكرة بالأمد القريب. يتم تنفيذ العلاج مع تنويم كلي مع إرخاء العضلات، ولهذا يكون مصحوب مع المخاطر المتبعة في التنويم الكلي.

بعد أن فهمت كل ما ذكر أعلاه، وبعد تمكيني من توجيه أسئلة للتوضيح وتم الإجابة على أسئلتي تلك، فإني أوافق على العلاج الذي تم عرضه علي.

أ. المريض:

الاسم الشخصي: اسم العائلة: رقم الهوية: -----

العنوان: التاريخ: التوقيع: -----

ب. قريب العائلة:

درجة القرب العائلي: -----

الاسم الشخصي: اسم العائلة: رقم الهوية: العنوان: -----

التاريخ: التوقيع: -----

ج. الطبيب الذي تلقى الموافقة

أنا، الطبيب، الاسم الشخصي: اسم العائلة: رقم الرخصة: -----
أصرح بهذا أنني فسرت كل ما ذكر أعلاه، وبعد أن أجبت على كل أسئلته وتأكدت أنه فهم كل ما ذكر أعلاه بكل ما يتعلق بالعلاج المعروف، بما في ذلك أفضلياته، سيئاته واحتمالاته، قام بالتوقيع أمامي على نودج الموافقة.



----- توقيع الطبيب: -----

----- التاريخ: -----



<http://hy.health.gov.il>

טל. 04-6304711/2 | פקס. 04-6304718 | דוא"ל. osnata@hy.health.gov.il

המרכז הרפואי הלל יפה | ת.ד. 169, חדרה 38100

השירות לבריאות הנפש
היחידה לפסיכיאטריה