



## טופס הסכמה מדעת לטני"ח (רישום ע"י הרופא המכין לטיפול)

הסכמה לקבלת טיפול מיוחד במאושפז מרצון לפי סעיף 4 (א) לחוק טיפול בחולי נפש, תשנ"א 1991. ההסבר ניתן לי על ידי \_\_\_\_\_ (שם ותפקיד המסביר).

אני \_\_\_\_\_ (פרטי המטופל), המטופל ב \_\_\_\_\_ (פרטי מקום הטיפול), מצהיר בזאת ומאשר בחתימתי, כי הוסבר לי בשפה מובנת על: ההפרעה ממנה אני סובל, על מצבי הרפואי ועל הפרוגנוזה הצפויה במצבי. כמו כן הוסבר לי על הטיפול המיוחד המוצע לי, מטרתו, התועלת הצפויה ממנו וסיכונים אפשריים הכרוכים בו, לרבות תופעות לוואי אפשריות כגון כאב ואי-נוחות. נידון איתי הצורך בהרדמה כללית כחלק מהטיפול, ותוצאות אפשריות העלולות להיגרם בעקבות ההרדמה והטיפול. בנוסף נידונו עימי הסיכויים והסיכונים הכרוכים בהימנעות מטיפול במצבי, או אלו הכרוכים בטיפולים רפואיים חלופיים. **כמו כן הוסבר לי כי:**

- לפני הטיפול עליי לעבור סדרה של בדיקות רפואיות והתייעצויות עם רופאים מומחים אחרים על-פי הצורך.
- הטיפול מתבצע בהרדמה מלאה הנמשכת כעשר דקות. ההרדמה כוללת הרפיית שרירים ובזמן הטיפול נוכחים רופא מרדים, רופא פסיכיאטר וצוות סיעודי.
- במהלך הטיפול יוצמדו לראשי שתי אלקטרודות דרכם תועבר כמות מדודה של חשמל. ניתן להצמיד את האלקטרודות בצידו האחד של הראש (בדרי"כ ימין) או בשני צידי הראש. הרופא המטפל יבחר את המיקום המתאים יותר למצבי הקליני.
- סידרת טיפול אופיינית כוללת כ-12 טיפולים המתבצעים בתדירות של פעמיים או שלוש בשבוע, ולעיתים נדרשים טיפולים נוספים על מנת להשיג השפעה מלאה. במקרים מסויימים, ימליץ הרופא להמשיך בטיפולים בתדירות נמוכה יותר גם לאחר השגת התוצאה הרצויה במטרה לשמר אותה.
- לא ניתן לצפות מראש כמה טיפולים יידרשו על מנת להשיג שיפור במצבי. כמו כן, השיפור עשוי להיות מלא או חלקי, ובמקרים מסויימים לא מושגת תגובה משמעותית לטיפול.
- עלי להימצא בהשגחה רפואית כשעתיים אחרי הטיפול. בנוסף, במידה והטיפול מתבצע באופן אמבולטורי (כאשר איני מאושפז) עלי לדאוג לליווי מתאים לאחר הטיפול.
- במשך 24 שעות לאחר ההרדמה עלי להימנע מנהיגה.
- חיוני להמשיך בטיפול אחזקתי בתום סידרת הטיפולים. טיפול זה יכול לכלול: תרופות, טיפול קבוע בנוע חשמל, שיחות או שילובים של הנ"ל.

**במהלך הטני"ח ולאחריו עלולות להופיע תופעות לוואי. בעניין זה הוסבר לי כי:**

- הסיכון לתופעות לוואי מסכנות לחיים ולמוות נמוך מאוד. מוות כתוצאה מהטיפול מתרחש על פי הדיווחים אחת ל – 100,000 טיפולים. במידה והחולה סובל מתחלואה גופנית נלווית הסיכון עולה באופן יחסי לחומרת המחלה הגופנית הנלווית.
- תופעת לוואי קלות וחולפות כגון כאב ראש, כאב שרירים קל, בחילות והקאות ובלבול עלולות להופיע בשעות שלאחר הטיפול וצפויות לחלוף.
- הטני"ח עלול להשפיע באופן לא רצוי על הזיכרון. פגיעה אפשרית בזיכרון לטווח קצר (לאירועים שאירעו בזמן הטיפול ובשבועות שלפניו) חולפת ברוב המכריע של המקרים מספר שבועות לאחר סיום סדרת הטיפולים. פגיעה אפשרית בזיכרון לטווח ארוך (אירועים מהעבר הרחוק) נדירה יותר, ונוטה גם כן לחלוף ככל שמתרחקים מסדרת הטיפולים. תוארו מקרים בהם התלונות על קשיים בזיכרון נמשכו לתקופה ארוכה יותר.



על סמך המידע שנמסר לי, שקלתי את התועלת הצפויה למול הסיכונים הכורכים בטיפול והחלטתי להיענות להמלצה. החלטתי זו נעשית מבחירה חופשית ואני רשאי לסגת מהסכמתי לטיפול בכל שלב מבלי שהטיפול בי ייפגע.

עותק של טופס ההסכמה עליו חתמתי נמסר לידי.

הוסבר לי שאוכל לפנות לצוות יחידת הטני"ח בכל שאלה במהלך הטיפול ולאחר שיסתיים. אני מסכים שאנשי הצוות המטפל יבצעו את הנדרש על מנת לבצע את הטיפולים על-פי שיקול דעתם המקצועי ובהתאם לנסיבות. אני מאשר שלא ניתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים הבדיקות וההליכים הרפואיים שיינתנו לי בבית החולים / מרפאה, וכי ידוע לי ואני מסכים שהטיפולים ייעשו בידי מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים. אני מצהיר בזאת כי לא הובטח לי שהטיפולים ייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסויים.

שם המטופל:

שם משפחה+שם פרטי      חתימה      תאריך

שם האפוסטרופוס : (במידה וקיים) :

שם משפחה+שם פרטי      מען      חתימה      תאריך

אני מאשר בזה כי הטופס נחתם בפני :

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