

מס' זהות:	
שם משפחה:	שם פרטי:
שם האב:	תאריך לידה:
כתובת:	
טלפון:	
מדבקת פרטי מטופל	

ANESTHESIA

טופס הסכמה להרדמה

סוגי ההרדמה (אלחוש) המקובלים הם הרדמה כללית, אזורית ומקומית, או שילוב בין השיטות. **הרדמה כללית** מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס), ו/או מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.

הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבם וגורמת לאילחוש של אזור מסוים בגוף. דוגמאות להרדמה אזורית הן הרדמה אפידורלית והרדמה ספינלית, בהן מוזרק חומר ההרדמה לחלל סביב חוט השדרה (בגב).

הרדמה מקומית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים לקרבת האזור המנותח. בדרך כלל הדבר מבוצע על ידי המנתח עצמו. יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, לדוגמא: הרדמה כללית והרדמה אזורית, הרדמה אזורית והרדמה מקומית, וכן שילוב של שיטות הרדמה אזורית.

סיכוני ההרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו.

אצל **אשה בהריון**, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר, ויתכנו, במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההריון.

על החולה למסור למרדים מידע מלא על מחלותיו/ה, סיפור משפחתי מיוחד ופרטים על-הריון, מצב השיניים, אכילה, שתייה, ועישון לאחרונה ותגובות להרדמה קודמת, כולל סיבוכים במידה והתרחשו, רגישות לתרופות, תרופות וסמים שנוטל.

קיבלתי הסבר על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן. כמו כן הוסברו לי מטרת ההרדמה ודרכי ביצועה האפשריים, על אי הנוחות שבהם, כולל ערנות מסוימת, זכרונות, בלבול, סיוטים. אני מצהירה/ה ומאשרת/ת בזאת כי הוסברו לי סוגי ההרדמה השונים וכי קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה, ו/או לשילוב בין סוגי ההרדמה השונים (למשל, כללית ומקומית או כללית ואזורית) ו/או למעבר מסוג הרדמה אחד למשנהו, כמו כן יתכנו מתן תרופות שונות ודם ומוצרים, וביצוע פעולות כצנטור וריד מרכזי או עורק, או לקיחת בדיקות בהקשר לטיפול או להגנת הצוות המטפל בהתאם לשיקול דעתם של המרדמים והמנתחים.

הוסברו לי סיבוכים אפשריים לאחר **הרדמה כללית** לרבות: כאב גרון ואי נוחות בבליעה, כאבי שרירים, בחילות והקאות ואי נוחות כללית.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המיכשור הנחוץ להרדמה, נזקים לרקמות שונות, במקרים נדירים יתכנו סיבוכים קשים לרבות: תגובה אלרגית חריפה, קרישת יתר או תמס הדם, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי כבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות וזיהומים. במקרים נדירים ביותר אפשרי מוות מסיבוכים אלה.

הוסברו לי תופעות הלוואי בעת **הרדמה אזורית** לרבות: תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקה. לאחר סיום ההרדמה, ימשכו העדר התחושה וההגבלה בתנועה ובמקרים פחות שכיחים, שיתוקים חולפים. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום מקומי ו/או התפתחות מורסה, ושטף דם מקומי (המטומה). בנוסף, הרדמה ספינלית ו/או אפידורלית מלווה לעיתי בכאבי גב, וקיימת אפשרות של דליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המחט לעטיפת חוט השדרה, שעלולים לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול. במקרים נדירים ביותר תיתכן פגיעה קבועה בעצבי הגפיים וכדומה, בכיס השתן, וסיבוכים כמו בהרדמה כללית בלעיל. הוזהרתי על סכנות היתר עקב מחלות הרקע שלי.

מחלקת הרדמה

הוסבר לי שיתכן כשלון בביצוע ההרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כשלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב, לעיתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן.

הודגש שאין לעמוד/ללכת בשעות הקרובות לאחר ההרדמה, וגם אחר כך בזהירות ובליזוי צמוד. בנוסף, אין לנהוג או לקבל החלטות משמעותיות לפחות ביממה הקרובה. הוסבר לי שעלי לפנות לסיוע רפואי בכל אירוע חריג גם לאחר השחרור מבית החולים. אני יודעת ומסכים/ה לכך שההרדמה, על צורתיה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקה, בידי אדם מסוים, ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק. תיתכן השתתפות סטודנטים ומתלמידים בפיקוח מלא במהלך הניתוח / ההרדמה.

אני מצהיר /ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה :

תאריך	שעה	שם החולה	ת.ז.	שם האב	חתימת החולה
_____	_____	_____	_____	_____	_____
שם האפוטרופוס (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
_____	_____	_____

* מחק את המיותר

מחלקת הרדמה