



הסכמה לקבלת סדציה ("טשטוש")

הינך עומד לעבור פעולת אבחון/טיפול הכרוכה בהופעת תחושת כאב, לחץ, חרדה ועוד, ברמות ובעוצמה משתנים. לצורך ביצוע הפעולה (פרוצדורה) הטיפולית/אבחנתית תקבל תכשיר/תרופה שיגרום לסדציה (טשטוש) המביאה לידי שיכון הכאב, הרגעה ו/או הרפיה סדציה גורמת להפחתת הכאב, למצב רגיעה והפחתת חרדה ופחד, כאשר המטופל שומר/ת על הכרה מלאה או יכול/ה להיות מנומנם/ת.

הפעולה המתוכננת, בעבורה אקבל סדציה, היא: _____

הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר סדציה הכוללות בחילה, הקאה וישנוניות.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו לי הסיכונים האפשריים, הכוללים, בין היתר, דיכוי נשימה עקב מתן תרופות הסדציה. שעלול לדרוש הנשמה, ירידה בלחץ הדם או הדופק, או שינוי בקצב הלב, שיחייבו מתן נוזלים ו/או תרופות לווריד. במקרים נדירים, עלולים להופיע הזיות, תגובה אלרגית, חום, פריחה ובמקרים נדירים מאד דום לב או תרדמת. לעיתים יש צורך במתן תרופות הנוגדות את פעילות תרופות הסדציה, מצב העשוי לגרום ליתר ערנות.

תתכן אפשרות של צורך באשפוז להשגחה והמשך טיפול. אצל אישה בהריון, יתכן מעבר של חלק מחומרי הסדציה לעובר, ויתכנו, במקרים נדירים, תופעות לוואי וסיכונים לעובר או להמשך ההריון.

הוסבר לי שיתכן כשלון בביצוע הסדציה, המחייב לעיתים מתן טיפולים להבטחת פעילות המערכות החיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן ולא תתבצע הפעולה המתוכננת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

שם פרטי שם משפחה

התימת המטופל/ת/האפוטרופוס (במקרה של פסול דין/קטין/חולה נפש)

תאריך: _____ שעה: _____

ט' 2013/11/2802

הותמת/מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הרופאים המרדימים בישראל

