



טופס הסכמה : היפוך חשמלי של קצב הלב ELECTRICAL CARDIOVERSION

הניתוח מתבצע במקרים של הפרעות בקצב הלב. לצורך ההיפוך משתמשים בכפות או במדבקות המונחות על בית החזה דרכן מועבר זרם חשמלי בעל עוצמה במטרה להסדיר את קצב הלב.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

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

שם פרטי ושם משפחה

על הצורך בביצוע היפוך חשמלי של קצב הלב (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי שברוב המקרים ההיפוך מצליח וקצב הלב חוזר להיות סדיר, אך קיימת גם אפשרות שהפרעת הקצב לא תחלוף או אף תחמיר לאחר ההיפוך, או תחלוף ותחזור שוב כעבור זמן קצר או ארוך. כמו כן הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בהתאם למצבי, לרבות: התחלה או המשך של טיפול תרופתי שסיכויי הצלחתו נמוכים משל ההיפוך החשמלי. כמו כן הובהר לי שקיימים מצבים בהם ניתן להמשיך לחיות עם הפרעה בקצב הלב.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאבים מקומיים ו/או כוויה קלה של העור באזור החזה, או תחושה של כאב בזמן ההיפוך למרות הרגעה. כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי לרבות: אירוע מוחי עקב תסחיף של קריש דם למוח, תסחיף של קריש דם לכלי הדם באזורי גוף אחרים, קצב לב איטי מאוד שעלול לחייב הכנסת קוצב לב זמני או קוצב קבוע, הפרעות קצב חדריות שעלולות להיות מסוכנות ובצקת ריאות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם להזרקת חומרי הרגעה לווריד לאחר שהוסבר לי שהשימוש בחומרי הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הרגשה כללית רעה לאחר שפגה השפעתם.



-2-

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא/ה המנתח/ת		
תאריך	שעה	X חתימה
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס 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	חתימה וחותמת הרופא/ה	מס' רישיון
------------	----------------------	------------

• מחק/י את המיותר