

טופס הסכמה: היפוך חשמלי של קצב הלב (ELECTRICAL CARDIOVERSION)

הטיפול מתבצע במקרים של הפרעה בקצב הלב.
לצורך ההיפוך משתמשים בכפוף או במדבקות המונחות על בית החזה דרך רוכן מועבר זרם חשמלי בעל עוצמה במטרה להסדר את קצב הלב.
הטיפול מתבצע לאחר הזרקת חומרה הרוגעה לווריד.

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

שם פרטי	שם המשפחה	שם המשפחה	שם פרטי	אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבلتי הסבר מפורט בעל פה מד"ר
---------	-----------	-----------	---------	---

על הצורך ביצוע היפוך חשמלי של קצב הלב (להלן: "הטיפול העיקרי").
הסביר לי שברוב המקרים ההיפוך מצליח וקצב הלב חוזר להיות סדר, אך קיימת גם אפשרות שהפרעת הקצב לא תחלוף או אף תחמיר לאחר הhipcock, או תחלוף ותחזור שוב כעבור זמן קצר או ארוך.

כמו כן הסבירו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בהתאם למצבי, לרבות: התחלת או המשך של טיפול רפואי שסיורי הצלחתו נמנחים משל ההיפוך החשמלי.

כמו כן הבהיר לי שקיים ממצבים בהם ניתן להמשיך לחוויה עם הפרעה בקצב הלב.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעת הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות כאבים מקומיים ו/או כאוהה קלה של העור באוזור החזה, או חשושה של כאב בזמן ההיפוך למורთ הרוגעה. כמו כן הסבירו לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: אירוע מוחי, עקב חסחיף של קריש דם למוח, חסחיף של קריש דם באזורי גוף אחרים, קצב לב איטי מאוד שלול לחיבת הכנסת קווצב לב זמני או קווצב קבוע, הפרעות קצב חרדיות שלולות להיות מסוכנות ובצתת ריאות.

אני נוחן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכם נינתן בזאת גם להזרקה חומרה הרוגעה לווריד לאחר שהסביר לי שהשימוש בחומרה הרוגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בൺמה ולהפרעות בעקבות הלב, בעיקר אצל חוליות וחולוי מערכות הנשימה, וכן הרוגשה כללית ורעה לאחר שפגה השפעתם.

אני יודע/ת, ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי העיקרי וכל ההליכים האחרים יישו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטה לי שיישו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, בלבד שיישו באחריות המקובלת במוסד ובכפוף להוק.

שם אופטורופוס (קירבה)	שעה	תאריך	חתימת החולה
-----------------------	-----	-------	-------------

חתימת האופטורופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש)			
--	--	--	--

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאופטורופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפיירוט הדרוש וכי הוא/היא חתום/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכניתי כי הבין/ה את הסכמי במלואם.

שם הרופאה/ה	חתימת הרופאה/ה	שם רישוי/ן
-------------	----------------	------------

* מחק/י את המיותר