

טופס הסכמה לסדציה מתונה ו/או סדציה עמוקה

Deep sedation and / or Moderate sedation

אני הח"מ _____ מאשר בזאת כי ביקשתי לקבל טיפול שיניים תחת סדציה מתונה/עמוקה וכי הוסבר לי כי סדציה מתונה/ עמוקה כרוכה במתן תרופות שיכולות להביא לשינוי הפיך ומבוקר במצב ההכרה, לפני ותוך כדי הליך אבחנתי ו/או טיפולי, על מנת להפחית את החרדה והכאב ולהביא אותך, המטופל, למצב של רגיעה.

הוסבר לי כי בסדציה מתונה הרפלקסים החיוניים, של מערכת הלב והנשימה (כולל שמירת נתיב אוויר) ירודים אך מספקים, כך שאהיה מסוגל להגיב לגירוי מגע וקול.
הוסבר לי כי בסדציה עמוקה הרפלקסים החיוניים של מערכת הלב והנשימה (כולל שמירת נתיב אוויר) ירודים אך, אינם מבוטלים ולהבדיל מסדציה מתונה, לא אפקח את עיני לקריאת שמי, או למגע יד על עור גופי.

הובהר לי כי ניתן לבצע את הטיפול ללא כל סדציה, בהרדמה מקומית בלבד וכי סדציה מיועדת להפחתת חרדה וכאב ולשיפור בשיתוף הפעולה שלי.

הובהר לי כי ההחלטה לעבור טיפול שיניים תחת סדציה מתונה/עמוקה (**לסמן את האופציה שנבחרה**) הינה שלי בלבד ונתונה להחלטתי ולשיקולי ביחס ליתרונות הסדציה לעומת הסיכון הכרוך בסדציה

הוסבר לי כי תופעות הלוואי הצפויות לאחר סדציה יכולות לכלול בחילה, הקאה וישנוניות.
הסיבוכים הצפויים ממתן סדציה מתונה או עמוקה, הם בדרך כלל קלים מאוד. לעתים רחוקות מאוד יכולים גם להיות סיבוכים קשים, כמפורט להלן.

הוסבר לי כי הסיבוכים האפשריים בסדציה יכולים לכלול, בין היתר דיכוי נשימה עקב מתן תרופות הסדציה, שעלול לדרוש הנשמה, ירידה בלחץ הדם או הדופק ו/או שינוי בקצב הלב, שיחייבו מתן תרופות לווריד ובמקרים נדירים אף יחייבו ביצוע פעולות החייה. בנוסף, במקרים נדירים, עלולים להופיע הזיות, תגובה אלרגית, חוס, פריחה, תגובה אלרגית חריפה או תרדמת.

הוסבר לי שיתכן ותתקיים אי הצלחה בביצוע הסדציה, שיחייב מעבר להרדמה כללית תוך מתן טיפול להבטחת פעילות המערכות החיוניות ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים.

הוסבר לי עוד כי לעיתים יש צורך במתן תרופות הנוגדות את פעילות תרופות הסדציה, מצב העשוי לגרום לערנות יתר. כמו כן תיתכן אפשרות של צורך באשפוז להשגחה והמשך טיפול. אצל אישה בהריון יתכן מעבר של חלק מחומרי הסדציה לעובר ויתכנו (במקרים נדירים) תופעות לוואי וסיבוכים לעובר או להמשך ההריון.

הובהר לי כי במקרה שתתרחש תופעת לוואי או סיבוך של הסדציה יתכן ולא ניתן יהיה לבצע את הפעולה המתוכננת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט על האמור לעיל גם בעל פה מד"ר _____
הפעולה המתוכננת עבורי, בעבורה אקבל סדציה, היא: _____

אני מביעה/ה בזאת את רצוני לעבור את הפעולה תחת סדציה מתונה/עמוקה אחרי שהוסברו לי גם דרכי הטיפול החלופיות האפשריות במידה ואבחר לא לקבל סדציה.

דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בסדציה, והחלטתי לעבור את הפעולה המתוכננת עבורי תחת סדציה מתונה/עמוקה.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שסדציה מתונה/עמוקה תעשה בהתאם לנהלים ולהוראות של משרד הבריאות.
ולראיה באתי על החתום:

תאריך	שם המטופל/ת	חתימת המטופל/ת
	שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס
	(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
	אני מאשר שהסברתי למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת* / למתרגם לשפתו/ה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.	
	שם המתרגם/קרבה למתרגם/ה:	
שם הרופא/ה	חתימה	מספר רישיון