

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 שיכוך 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 עבורי, בעבורה אקבל סדציה, היא: _____

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

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו לי הסיבוכים 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, חוס, 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 וסיבוכים 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 תבצע הפעולה המתוכננת.

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

שעה	תאריך	יום
_____	_____	_____
_____	_____	_____
האפוטרופוס (במקרה של פסול דין/קטין/חולה נפש)		חתימת המטופל/ת/

שם הרופא/ה: _____ חתימת הרופא/ה: _____ חותמת / מס' רישיון: _____