

## הסכמה לקבלת סדציה ("טשטוש")

הנך עומדת לעבור פעולת אבחון/טיפול הכרוכה בהופעת תחושת כאב, לחץ, חרדה ועוד, ברמות ובעוצמה משתנים.

לצורך בצוע הפעילה (פרוצדורה) הטיפולית/אבחנתית תקבל תכשיר/תרופה שיגרום לסדציה (טשטוש) המביאה לידי שיכור 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 הכוללת בחילה, הקאה וישנוניות.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, הכוללים, בין היתר, דיכוי נשימה עקב מתן נוזלים ו/או תרופות לווריד.

המקרים נדירים, עלולים להופיע הזיות, תגובה אלרגית, חום, פריחה ובמקרים נדירים מאוד דום לב או תרדמת.

לעתים יש צורך במתן תרופות הנוגדות את פעילות תרופות הסדציה, מצב העשוי לגרום ליתר ערנות.

תתכן אפשרות של צורך באשפוז בהשגחה ובהמשך טיפול. אישה בהיריון יתכן מעבר של חלק מחומרי הסדציה לעובר, ויתכנו, במקרים נדירים, תופעות לוואי וסיבוכים לעובר או להמשך ההיריון.

הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע הסדציה, המחייב לעיתים מתן טיפולים להבטחת פעילות המערכות החיוניות, ועד לביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי במקרה כזה יתכן ולא תבצע הפעולה המתוכננת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט העל פה מדר': \_\_\_\_\_

שעה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

האפוטרופוס (במקרה של פסול דין/קטיין/חולה נפש) \_\_\_\_\_ חתימת המטופל/ת \_\_\_\_\_

