

טופס הסכמה לסדציה

סדציה היא שינוי מבוקר במצב ההכרה המיועד לנתק במידה מסוימת את המטופל מהסביבה על מנת שלא יחוש בכאב או באי נעימות במהלך ביצוע פעולות רפואיות. סדציה נמדדת במידת ההשפעה על מצב ההכרה- המטופל עשוי לעבור מעומק סדציה אחד לאחר, בתלות במשתנים כמו גיל, משקל או מחלות ותגובות בין תרופתיות. יודגש כי סדציה עמוקה עשויה להפוך להרדמה כללית במצבים מסוימים.

סדציה מבוצעת במהלך פעולות הגורמות אי נוחות או כאב, אך שלצורך ביצוען נדרש שיתוף פעולה של המטופל. יתרונות הסדציה בהיותה טשטוש ההכרה ולא הרדמה מלאה, כך שתפקודי הגוף החיוניים ממשיכים כסדרם וההתעוררות בתום הפעולה קצרה וקלה יותר.

בדרך כלל, הסדציה מבוצעת על ידי רופא שאינו מרדים, אך יש מצבים בהם יש צורך בביצועה על ידי רופא מרדים כתלות ממורכבות הפעולה למצבו הרפואי של המטופל. סדציה מושרית על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או מתן תרופות דרך הפה. במהלך סדציה, מושגת מידה של ניתוק המטופל ממה שקורה סביבו או לגופו ומתחושת כאב אך נותרת מידה של שיתוף פעולה וכן שמירה על תפקודי חיים חיוניים. קצב ההתעוררות מסדציה תלוי במשתנים כמו: גיל, מצב רפואי, סוג וכמות התכשירים שהיו בשימוש ואורך הפעולה. בדרך כלל החזרה להכרה ולתפקוד מהירים יותר יחסית להרדמה. סיכוני הסדציה, אינם קשורים בהכרח בסוג הפעולה ובמורכבותה, אלא נוגעים למצבו הרפואי של המטופל ולמחלות רקע כגון אי ספיקה נשימתית, אי ספיקת לב, מחלת לב כלילית וכדומה. מטופלים בגילאים צעירים מאוד ומבוגרים מעל גיל 85, מושפעים מחומרי הסדציה במידה רבה יותר והתאוששותם ארוכה יותר, גורמים אלו נלקחים בחשבון בתכנון ההליך. במצבים מסוימים עלול המטופל לאבד חלק מהרפלקסים החיוניים כגון רפלקס השיעול, ההקאה או הנשימה. במצבים אלו, הגובלים בהרדמה, יינקטו על ידי הצוות פעולות דחופות להתגבר על סיבוכים אפשריים בהם שאיפת תוכן קיבה, חנק, דלקות ריאה והפסקת נשימה. כתוצאה מפעולות אלו עלול להיגרם נזק לשיניים, חלל הפה, וקנה הנשימה. הצוות המטפל בך עבר הכשרה ומוסמך לטפל באירועים אלו. במקרים נדירים יתכנו סיבוכים קשים, לרבות תגובה אלרגית חריפה ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר אפשרי מוות מסיבוכים אלה.

אצל אשה הרה, בכל סוגי הסדציה, יתכן מעבר של חלק מחומרי הסדציה לעובר, וייתכנו, במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההריון. לכן, על המטופל למסור לרופא מידע מלא על מחלותיו/ה, רגישות לתרופות, ותגובות להרדמה/סדציה קודמות, כולל סיבוכים במידה והתרחשו.
שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם משפחה	שם פרטי		

על הצורך בסדציה לשם ביצוע הבדיקה/הפעולה המתוכננת. כמו כן הוסברו לי מטרת הסדציה ודרכי ביצועה האפשריות. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי סוגי הסדציה השונים וכי קיימת אפשרות לשינוי עומק הסדציה עד להרדמה מלאה, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים ו/או הרופאים המרדמים. אני מצהיר כי ידוע לי שאם לא אסכים למתן סדציה, הפעולה עלולה להיות כרוכה בסבל/כאב וייתכן כי לא תוכל להתבצע כראוי ובמלואה.

הוסבר לי, שיתכן כישלון בביצוע הסדציה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כשלון בביצוע הסדציה עלול לחייב, לעתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא תבוצע הפעילות המתוכננת.

הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הסדציה לרבות כאב גרון ואי נוחות בבליעה, כאבי שרירים, בחילות והקאות ואי נוחות כללית.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהסדציה, על צורתיה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

מקום שיחת ההסכמה: _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	קירבה	חתימת האפוסטרופוס
במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש - שם האפוסטרופוס			

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון
------------	---------------	------------

בברכת בריאות טובה
מכון ה MRI

