**טופס הסכמה:**

**טיפול היפרבארי (חמצן בלחץ גבוה)**

**HYPERBARIC OXYGEN TRETMANT**

מדבקת המטופל/ת

**שם הטיפול:**  **HYPERBARIC OXYGEN TRETMANT טיפול היפרברי (חמצן בלחץ גבוה)- (להלן: הטיפול).**

**תיאור הטיפול ומטרותיו:** טיפול היפרבארי הינו טיפול אשר ניתן בסביבה של לחץ אטמוספירי גבוה, אשר במהלכו המטופל מקבל 100% חמצן בלחץ של מעל 1.3 אטמוספרות, זאת על מנת לשפר את אספקת החמצן לרקמות הגוף. במהלך הטיפול, מוגבר הלחץ הסביבתי בתוך התא והמטופל נושם חמצן דרך מסיכת חמצן אישית. **הטיפול ניתן לי בשל**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תופעות לוואי, סיכונים וסיבוכים אפשריים של הטיפול:** חבלת לחץ באוזניים (עם או בלי פגיעה זמנית בשמיעה), חבלה בסינוסים, חבלה בריאות (לרבות קרע עם או בלי תסחיף), הרגשת פחד וחרדה, עליה של זיכרונות מודחקים, קוצר ראייה חולף, סימנים לחשיפת יתר לחמצן (הרעלת חמצן מוחית), היכולים להתבטא בשינויים בחדות הראייה, הפרעות בנשימה ופרכוסים (התכווצויות) – שינויים החולפים לאחר הפסקת החשיפה לחמצן.

**אזהרות מיוחדות לטיפול במצבים בריאותיים מיוחדים (במידה ויש):** הריון או טיפולי פוריות, מחלת ריאה כרונית או חריפה, אי ספיקת לב, לחץ דם לא מאוזן, חזה אוויר, מחלה של דרכי נשימה עליונות, טיפול בתרופות ציטוטוקסיות.

הריני להצהיר בזאת, כי אינני סובל/ת מכל מחלה כמפורט לעיל או מגבלה היכולה למנוע ממני כניסה לתא לחץ.

**אני מתחייב/ת בזאת להודיע לצוות המטפל על כל שינוי במצב בריאותי או בטיפול התרופתי שאני נוטל/ת באופן מיידי.**

אני מצהיר/ה, כי הוסברו לי בפירוט יתרונות וחסרונות אפשריים של הטיפול , חלופות אפשריות לטיפול, שהן: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

תוצאות אפשריות אם אבחר לא לבצעו ובעיות אפשריות הקשורות בהחלמה ממנו וסיכויי הצלחתו.

ידוע לי והנני מבין/ה, כי הטיפול בתא לחץ באינדיקציה הטיפולית שלי נמצא בסל הבריאות/ אינו נמצא בסל הבריאות **(יש למחוק את המיותר)** ויש צורך במחקרים נוספים להוכחת יעילותו. כן הוסבר לי, שלא ניתן להבטיח תוצאת טיפול טובה או הצלחה מלאה של הטיפול בהקשר לבעייתי הרפואית.

הוסבר לי ואני מבין/ה, כי בהקשר לבעייתי הרפואית, קיימת האפשרות שבמהלך הטיפולים יתברר שיש צורך להגדיל את מספר הטיפולים והיקפם, לשנותם או לנקוט בצעדים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות או אחרות שלא ניתן כעת לצפות בוודאות - אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה לאותם טיפולים שיידרשו לדעת הרופאים המטפלים.

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה על הצורך בביצוע הטיפול, לרבות מספר הטיפולים המתוכננים, על הסיכונים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מדרכי הטיפול האפשריות המוצעות לי, אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הטיפול כאמור לעיל בבית-החולים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול ייעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שייעשה, כולו או חלקו, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

**תגובת המטופל/ת ו/או הערות במידה ויש:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 תאריך שעה חתימת המטופל/ת

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 שם האפוטרופוס/מיופה כח רפואי חתימת האפוטרופוס (במקרה של קטין או חסוי)

אני מאשר/ת, כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס/מיופה כח רפואי את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי, כי הבין את הסברי במלואם.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 שם הרופא/ה וחתימה מס' רישיון תאריך שעה