**טופס הסכמה למלווה:**

**טיפול היפרבארי (חמצן בלחץ גבוה)**

**HYPERBARIC OXYGEN TRETMANT**

**פרטי המלווה:**

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

שם פרטי ושם משפחה מספר ת.ז. קרבה

טיפול היפרברי הינו טיפול אשר ניתן בסביבה של לחץ אטמוספרי גבוה ואשר במהלכו המטופל/ת מקבל/ת 100% חמצן וזאת על מנת לשפר את אספקת החמצן לרקמות הגוף. במהלך הטיפול מועלה/מוגבר הלחץ הסביבתי בתוך התא וייתכן שיהיה צורך למלווה בשימוש בחמצן דרך מסכת חמצן אישית.

**בחתימה על טופס זה, אני מאשר/ת כי לאחר הסבר מפורט אודות הטיפול בתא לחץ ועל הסיכונים הכרוכים בכך, אני מביע/ה בזאת את הסכמתי לשמש כמלווה בתא לחץ למטופל בזמן הטיפול למטופל/ת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

הנני מצהיר/ה בזאת כי אינני סובל/ת מכל מחלה או מגבלה היכולה למנוע ממני כניסה לתא לחץ לרבות: מחלת ריאה כרונית או חריפה, אי ספיקת לב, לחץ דם לא מאוזן, חזה אוויר, מחלה של דרכי נשימה עליונות, טיפול בתרופות ציטוטוקסיות.

למלווה אישה- אני מצהירה שאינני בהיריון ואינני עוברת טיפולי פוריות. אני מתחייבת להודיע על שינוי במצב זה לפני כניסתי כמלווה לטיפול בתא לחץ.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם פרטי+ שם משפחה) על הצורך בטיפול בתא לחץ במטופל/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, לרבות מספר הטיפולים המתוכננים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על הסיכונים ותופעות הלוואי האפשריות לרבות: חבלות לחץ באוזניים (עם או בלי פגיעה זמנית בשמיעה), חבלה בסינוסים, חבלה בריאות (לרבות קרע עם או בלי תסחיף), הרגשת פחד וחרדה, קוצר ראייה חולף, סימנים לחשיפת יתר לחמצן (הרעלת חמצן מוחית), היכולים להתבטא בשינויים בחדות הראייה, הפרעות בנשימה ופרכוסים (התכווצויות)- שינויים החולפים לאחר החשיפה לחמצן.

לאחר שקיבלתי הסבר על הסיכונים ותופעות הלוואי – אני נותן/ת הסכמתי לליווי המטופל/ת בעת ביצוע הטיפול בתא הלחץ.

הובהר לי כי המרכז הרפואי תל אביב איכילוב וצוות תא הלחץ אינו נושא באחריות לכל נזק שעלול להיגרם לי בשל סיכונים ותופעות לוואי בגין השהייה בתא הלחץ, ואשר אינם ניתנים למניעה, כפי שהוסבר לי כאמור לעיל.

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

תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת המלווה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בע"פ למלווה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש, וכי הוא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

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