

**טופס הסכמה:**

**בדיקת התאמה לטיפול היפרבארי (תא לחץ) במכון לרפואה היפרבארית**

**COMPATIBILITY TEST FOR HYPERBARIC OXYGEN TRETMANT**

מדבקת המטופל/ת

**שם הבדיקה:**  **COMPATIBILITY TEST FOR HYPERBARIC OXYGEN TRETMANT**

**בדיקת התאמה לטיפול היפרבארי (חמצן בלחץ גבוה)- (להלן: הבדיקה).**

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 (להלן: הטיפול). בדיקת ההתאמה נועדה לבחון אם לטיפול פוטנציאל יעילות עבורך. **תופעות לוואי, סיכונים וסיבוכים אפשריים של הבדיקה** זהים לאלה שעלולים להתרחש עקב 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 לבדיקה 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 ברורה לי מטרת הבדיקה והוסבר לי, שיתכן ותוצאותיה לא תאפשרנה טיפול במסגרת תא לחץ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הבדיקה בבית החולים, לרבות כל טיפול חירום, היה ויידרש במהלך הבדיקה או לאחריה.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה תיעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שתיעשה, כולה או חלקה, בידי אדם מסוים, ובלבד שתיעשה 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