

סוגי ההרדמה (אילחוש) המקובלים הם הרדמה כללית, אזורית ומקומית, או שילוב בין השיטות.

**הרדמה כללית** מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס), ו/או מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.

**הרדמה אזורית** מתבצעת ע"י הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבתם וגורמת לאילחוש של אזור מסוים בגוף. דוגמאות להרדמה אזורית הן הרדמה אפידורלית והרדמה ספינלית, בהן מוזרק חומר הרדמה לחלל סביב עמוד השדרה (בגב).

**הרדמה מקומית** מתבצעת ע"י הזרקת תכשירים לקרבת האזור המנותח. בדרך כלל הדבר מבוצע ע"י המנתח עצמו. יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, לדוגמה: הרדמה כללית והרדמה אזורית, הרדמה אזורית והרדמה מקומית, וכן שילוב של שיטות הרדמה אזורית.

**סיכוני ההרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו**

אצל אישה בהריון, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר, ויתכנו, במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההריון.

על החולה למסור למרדים מידע מלא על מחלותיו/ה, רגישות לתרופות ותגובות להרדמה קודמת, כולל סיבוכים במידה והתרחשו.

שם המטופל: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר: \_\_\_\_\_ שם הרופא המרדים \_\_\_\_\_

05/12/2021

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל \_\_\_\_\_

על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן. כמו כן הוסברו לי מטרת ההרדמה ודרכי ביצועה האפשריים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי סוגי ההרדמה השונים וכי קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה, ו/או לשילוב בין סוגי ההרדמה השונים (למשל: כללית ומקומית או כללית ואזורית), ו/או למעבר מסוג הרדמה אחד למשנהו, בהתאם לשיקול דעתם של המרדמים והמנתחים.

הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הרדמה כללית לרבות: כאב גרון ואי נוחות בבליעה, כאבי שרירים, בחילות והקאות ואי נוחות כללית. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המיכשור הנחוץ להרדמה. במקרים נדירים יתכנו סיבוכים קשים לרבות: תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי הכבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר אפשרי מוות מסיבוכים אלה.

הוסברו לי תופעות הלוואי בעת ה**הרדמה אזורית** לרבות: תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקה. לאחר סיום ההרדמה, תימשך העדר תחושה והגבלה בתנועה עד לשיתוקים חולפים, כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום מקומי ו/או התפתחות מורסה ושטף דם מקומי (המטומה). בנוסף הרדמה ספיגלית ו/או אפידורלית מלווה לעיתים בכאבי גב, וקיימת אפשרות של דליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המחט לעטיפת חוט השדרה, שעלולים לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול. במקרים נדירים ביותר תיתכן פגיעה קבועה בעצבי הגפיים ובכיס השתן.

**אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע ההרדמה למעט**

הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע ההרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש.

כישלון בביצוע ההרדמה, עלול לחייב, לעיתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה לא יבוצע הניתוח המתוכנן.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שההרדמה על צורתיה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקה, בידי אדם מסוים, ובלבד המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

שם המטופל:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
05/12/2021	שעה	חתימת המטופל		
תאריך				

שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש)	

אני מאשר כי הסברתי בעל-פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם

שם הרופא, מספר רשיון וחתימה

שם המתרגם/ת	קשריו לחולה
-------------	-------------