

אילחוש אפידורלי בלידה EPIDURAL ANESTHESIA

מטרת האילחוש האפידורלי להפחית את הכאב בשלבי הלידה. האילחוש ניתן על פי בקשתה של היולדת ובהסכמתה. במצבים מיילדותיים מסוימים, כגון לידת תאומים, לידת עכוז, או במקרה בו קיימת סבירות לצורך בניתוח קיסרי יומלץ ליולדת לבצע את האילחוש גם אם לא יזמה זאת בעצמה.

אופן מתן האילחוש: לאחר שהעור והרקמות הרכות באזור גב תחתון הורדמו באמצעות זריקה, מוחדרת מחט לחלל האפידורלי (החלל שסביב חוט השדרה), דרכה מועברת צינורית דקה לצורך הזרקת חומר האילחוש. הצינורית נשארת במקום זה עד לסיום הלידה או לאחריה בהתאם לצורך. החומר מוזרק בריכוזים נמוכים כדי לא להשפיע על פעילות שרירי הבטן והמהלך התקין של הלידה. כתוצאה מכך תתקבל תחושה שפלג הגוף התחתון "רדום" - ובדרך כלל היולדת לא תחוש בכאב משמעותי. חלק מהנשים חשות לחץ בשעת ציר. יתרון השיטה בכך שהיולדת נשארת ערה, יכולה לשתף פעולה עם הצוות המיילד, והיילוד לא מושפע מחומרי ההרדמה. במידה ונדרש ניתוח קיסרי ניתן להוסיף חומר דרך הצינורית ולהגיע לדרגת האילחוש הרצויה לניתוח.

שם היולדת: _____

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 אילחוש אפידורלי, מטרתו, דרך ביצועו ויתרונותיו.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות בעת החדרת המחט, ותחושה זמנית של נימול ורעד עם תחילת השפעתו של חומר האילחוש.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות כאבי ראש חדים כתוצאה מחדרת המחט לעטיפת חוט השדרה. תופעות אלו עלולות לדרוש טיפול. במקרים נדירים ביותר תתכן פגיעה עצבית קבועה, זיהום מקומי (מורסה) ו/או בקרומי המוח, ושטף דם באזור ההזרקה.

לאחר שהבנתי את ההסבר האמור לעיל, אני מבקשת ומסכימה בזאת לקבל אילחוש אפידורלי.

אני מסכימה בזאת שהאילחוש יבוצע בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשה, כולו או חלקו, בידי אדם מסוים ובלבד שיבוצע באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת היולדת
_____	_____	_____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____

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

אני מאשר כי הסברתי בעל פה ליולדת/לאפוסטרופוס של היולדת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
_____	_____	_____

*מחק את המיותר