

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

טופס הסכמה לשאיבת תאי אב מוח העצם
1-9100-24-2022 aspiration
Hematopoietic stem cell collection by direct bone marrow

גרסה 07/22

טופס הסכמה ל

שאיבת תאי אב ממוח העצם / Hematopoietic stem cell collection

מהות הבעיה הרפואית: צורך במתן תאי אב המטופואטיים לטיפול בממאירות המטולוגית או מצבים רפואיים אחרים.

מטרת הטיפול: איסוף תאי אב המטופואטיים על מנת לאפשר שימוש רפואי בהם בעתיד.

שאיבת תאי אב ממוח העצם מתבצעת ע"י רופאים מורשים שקיבלו הרשאתם ממנהל המחלקה להשתלות מח עצם, בתהליך חודרני המתקיים, באמצעות הרדמה מלאה או אזורית (ספינלית) באופן סטרילי וכרוכה באשפוז של 1-2 ימים. לאחר ההרדמה מח העצם יישאב ע"י מחטים שיוחדרו לחלל הפנימי של עצם האגן האחורית. צנתר ווריד יחובר לשם אספקת נוזלים ותרופות במהלך השאיבה. הצנתר יוסר כשתוכל/י לשתות ללא הפרעה ולא תזדקק/י לתרופות.

לקראת השאיבה תתבקש/י:

1. לא ליטול אספרין או תרופות אחרות המכילות אספירין 7 ימים לפני האשפוז
2. לא ליטול NSAIDs שלושה ימים לפני האשפוז
3. להתרחץ ערב לפני התהליך
4. לשמור צום מלא מחצות הלילה שלפני השאיבה

לפני הכניסה לחדר ניתוח תתבקש/י:

1. להחליף בגדים
2. לרוקן את שלפוחית השתן
3. להסיר תכשיטים
4. להסיר שיניים תותבות
5. להסיר איפור
6. להסיר משקפיים ועדשות מגע

תקבל/י תרופה שתורדים אותך מעט ואזור השאיבה יסומן בטוש.



אם תיזדרש כמות נוספת (הנקבעת תוך כדי הפעולה) היא תישאב מהחלק הקדמי של עצם האגן אך צורך זה נדיר ביותר. בסוף תהליך השאיבה ייחבש המקום באמצעות תחבושת לחץ על מנת למנוע דימום. אין להוריד את התחבושת ללא אישור הצוות המטפל.

תהליך שאיבת מה העצם בחדר הניתוח אורך כשעתיים עד שלוש. בסופו תועבר לחדר התאוששות. בחדר ההתאוששות תשהה כשעתיים במהלכן תחובר למוניטור שינטר לחץ דם, דופק וסטורציה. בנוסף, תיבדק תחבושת הלחץ במטרה לבחון שאין דימום.

<p style="text-align: center;">שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>	<p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
---	-------------------------------

מדבקת המטופל

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי: איסוף תאי אב מדם היקפי בשיטת אפרזיס (apheresis), לאחר נטילת זריקות GSCF. אופן האיסוף הותאם לצרכי החולה ולמצבו הבריאותי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית והן: אי נוחות ויובש בגרון, בחילה או צורך להקיא, כאב באזור הדקירה. במקרה זה יש לדווח לאחות.

חשוב לשנות תנוחת שכיבה במהלך המנוחה במחלקה. חשוב לנשום עמוק ולהשתעל כדי להקטין את הסיכוי להתפתחות דלקת ריאות. כשתתעורר/י לגמרי תועבר/י למחלקה למנוחה ולמעקב עד הבוקר למחרת.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: טראומה לעצם ולרקמות הרכות באזור הדקירה העלולה לגרום לכאב, דימום או בצקת, פגיעה בשורש עצבי לומבוסקרלי, פגיעה בכלי דם, זיהום, ירידה בהמוגלובין – ייתכן שיוחלט לתת לך מנת דם.

אם הפעולה תבצע בהרדמה הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה. חשוב לשמור את תחבושת הלחץ במקומה עד ליום למחרת השאיבה ולדאוג שהמקום יהיה חבוש ונקי עוד יום אחר אחרי הסרת תחבושת הלחץ.

ביום השחרור רצוי שיאסוף אותך אדם קרוב לך. אתה עשוי לקבל מרשם למשככי כאבים וברזל למשך 30 הימים הבאים. תוכל/י לחזור לשגרת יומך מיד שתרגיש/י מסוגלת/ת לכך.

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.



אני יודעת/ ומסכים/ה לכך ששאיבת תאי אב ממח העצם וכל ההליכים העיקרים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
תאריך	שעה	חתימת המטופל	

<p style="text-align: center;">שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>	<p style="text-align: center;">טרופוס למטופל</p> <p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
---	---

מדבקת המטופל

אני מאשרת/ כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/ היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה

הצהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.



חתימת המתרגם/ת

שם המתרגם/ת

קשריו למטופל/ת

תאריך ושעה

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז.:

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

נספח לטופס ההסכמה – שאיבת תאי אב ממה העצם

לצורך אישור כשירותך כתורם תאי אב תתבצע בדיקת רופא, בדיקות דם בסיסיות ובדיקות שמטרתן לזהות מחוללי מחלות העוברים בדם.



הבדיקות הן:

1. HIV I, II Ab.
2. Syphilis Ab.
3. HTLV I, II Ab.
4. HbsAg
5. HCV Ab.
6. NAT-I. PCR for HIV1/2 HBV and HCV
7. Blood Type
8. בדיקת היריון BETA HCG (לנשים בגיל הפוריות)

במקרה שתתקבל תוצאה חיובית תימסר לך או לאפטרופוס שלך הודעה ומכתב עבור הרופא המטפל שלך.

את/ה או האפטרופוס שלך תוכלו לבקש לראות את כל תוצאות הבדיקה שביצעת.

ככל מידע רפואי, המידע הרפואי שנאסף במסגרת ההכנה לתרומה הינו חסוי ולא יועבר לגורם רפואי או כל גורם אחר ללא ידיעתך והסכמתך או ללא ידיעת והסכמת האפטרופוס.

תרומתך חשובה מאוד וקריטית לסיכויי ההישרדות של החולה. הנך רשאי/ת לסרב לתרומה, ההשלכה לסירוב מיד לפני התרומה יכולה לפגוע בסיכויי ההישרדות של החולה.

לידיעתך, המרכיב הנתרם מיועד לחולה. החולה זכאי לבחור את המרכז הרפואי בו יטופל והמרכיב יעבור בהתאם לבחירת החולה. במידה ולא יהיה ניתן להשתמש בתאים שנאספו מכל סיבה שהיא - התורם יעודכן.

מנה אשר לא בוצע בה שימוש תושמד לאחר קבלת אישור לכך מהמנהל הרפואי.

קיימת אפשרות לאיסוף תאי אב ישירות ממה העצם בחדר ניתוח עם או בלי הכנה על ידי זריקות G-CSF. אופן האיסוף הותאם לצרכי החולה ולמצבך הבריאותי.

זכותך לקבל הסבר מלא על איסוף בחדר הניתוח ולבחור את באופן האיסוף המתאים לך.

