

<b>שם המטופל</b>
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו
------------------------

מדבקת המטופל

גרסה 01/22

טופס הסכמה ל

## ביצוע טיפול פוטופרזיס חוץ גופי / Extracorporeal Photopheresis

מהות הבעיה הרפואית - מושתלי עצם הסובלים ממחלה של השתל נגד המאחסן.

מטרת הטיפול היא להשפיע על מערכת החיסון החדשה (מהתורם) באופן שיגרום לדיכוי תגובת השתל נגד המאחסן.

הפעולה מבוצעת באמצעות מכשיר מיוחד בערכה חד פעמית, סטרילית, במערכת סגורה. לצורך הפעולה יוחדרו/ צנטר/ים לורידים. דם ישאב מהוריד, יסורכו במכונה, וממנו יופרד לשקית המרכיב המבוקש או יסולק המרכיב המיותר. שאר מרכיבי הדם יוחזרו לגוף המטופל. התאים שיוצאו יחשפו ל- 8MOP יוקרנו ויוחזרו לגוף המטופל. תדירות הפעולה תיקבע על פי המלצת הרופא המטפל ורופא האפרזיס.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ביצוע טיפול פוטופרזיס חוץ גופי (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי: טיפול בסטרואידים במינון גבוה, וטיפול תרופתי נוסף בתרופות מדכאות חיסון, כולל בתרופות ניסיוניות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית והן: בזמן הפעולה ידולל הדם ע"י נוגד קרישה שלא ייקרש בצנרת. בשל כך עלולה להיות ירידה זמנית ברמת הסידן בדם. דבר הנותן תחושה של נימול בפה, בלשון ובאצבעות. למגיעת תחושה זו יקבל המטופל סוכריות קלציום למציצה. כמו כן יתכנו: כאב בזמן החדרת הצנטר/ים לעירוי, שטף דם (המטומה) במקום החדרת המחט/ים. בחילה ו/או הקאה, צמרמורת, או תחושת עלפון.

### המטופל מתבקש לדווח על כל תחושה יוצאת דופן.

הוסבר לי שלאחר טיפול פוטופרזיס יש להרכיב משקפי שמש כהים, ולהימנע משהות בשמש, ביום הטיפול על מנת ששרידי 8MOP בכמות זעירה לא יגרמו לרגישות יתר בעיניים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות היפוקלצמיה (ירידה זמנית ברמת הסידן בדם).

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



אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שביצוע טיפול פוטופרזיס חוץ גופי 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.

<b>שם המטופל</b>
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו
------------------------

מדבקת המטופל

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.



שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב

תאריך	שעה	חתימת המטופל

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

אני מאשר/ת 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.

שם המתרגם/ת	חתימת המתרגם/ת
תאריך ושעה	קשריו למטופל/ת

