

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 08/21

טופס הסכמה ל

הבלת עירווי לימפוציטים מתורם / Donor lymphocyte infusion

בשל מחלת ה- _____ ממנה אני סובל, הובהר לי על ידי רופאי שבשלב זה של מחלתי הטיפול הטוב ביותר שיכול להביא להבראתי מן המחלה הוא עירווי לימפוציטים מתורם. רופאיי הסבירו לי שטיפול זה מקובל והוכיח את עצמו במקרים של סרטן הדם כגון לויקמיה חריפה וכרונית וגם במחלות אחרות.

מטרת הפעולה הינה השראה של תגובה חיסונית בגוף בכדי להעלות את אחוז תאי השתל וכדי להביא למצב בו יוכל השתל לתפקד בצורה יעילה יותר כנגד המחלה בה אני לוקה.

עירווי הלימפוציטים מתורם מתנהל ככל עירווי רגיל, או במידה ומדובר בכמות קטנה, באמצעות הזרקה של מספר מ"ל לווריד בצורה ישירה. הלימפוציטים נלקחים מהתורם אשר תרם לך בעבר את השתל ששימש להשתלת מח עצם המקורית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על קבלת עירווי לימפוציטים מתורם (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: הפחתת מינון או הפסקת תרופות מדכאות חיסון, השתלת מח עצם חוזרת, ו/או טיפול 'הצלה' להישנות המחלה ההמטולוגית הבסיסית בכימותרפיה או תרופות אחרות המתאימות למחלה זו. **ישנם מקרים בהם אין בנמצא חלופה סבירה.**

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי כי בזמן עירווי הלימפוציטים לרוב אין תופעות לוואי, אך במידה ומדובר בתורם זר או בתורם בעל הבדל בסוג הדם, תינתן לעיתים הכנה לפני העירווי כדי למנוע תופעות אלרגיות אפשריות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שלצורך קבלת עירווי הלימפוציטים ייתכן ויותקן לי צנתר ורידי מרכזי. הצנתר ישמש למתן הטיפול והטיפולים התומכים. השימוש בווריד מרכזי מיתר את הצורך בדיקורים חוזרים לוורידים היקפיים וכמו כן מפחית את הסיכון לדליפה חוץ וורידית של חומרים שעלולים לגרום לנזק לרקמות.

ניתן יהיה לתת את עירווי הלימפוציטים או דרך צנתר מרכזי או דרך וריד פריפרי אשר הורכב בתוכו עירווי בעל קוטר גדול. יוחלט אם יש צורך בהכנה הכוללת תרופות למניעת תגובה אלרגית. לאחר מכן תקבל/י עירווי שיימשך מספר דקות. במידה ומנת הלימפוציטים היא מנה קפואה, היא תופשר בסמיכות למתן העירווי. לאחר מתן העירווי תידרש/י להשגחה של כחצי שעה.



הובהר לי שהפעילות החיסונית של התאים צפויה להתרחש כארבעה עד ששה שבועות מן העירוי, אולם לעיתים נצפית גם בשלב מוקדם יותר.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: אי נוחות במקום העירוי שתמשך מספר דקות. ייתכן שארגיש בחילה או תחושת חום ומחנק למשך מספר שניות, אם עירוי הלימפוציטים עבר הקפאה טרם המתן. הוסבר

<p>שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>	<p>פעילות יתר של השתל נגזר מים בגרד, פריחה, שלשול</p>	<p>לי שלאן אשר יכו</p> <p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
---	---	--

מדבקת המטופל

וצהבת. בשלבים מאוחרים יכולה לגרום להפרעות בריריות, העיניים, העור, המפרקים, הריאות, ובשכיחות נדירה יותר באיברים אחרים. הוסבר לי שתופעה זו מופיעה בשכיחות של עד 60% לאחר

השתלה מתורם, ועלולה במקרים של עד 10% מהחולים להיות קשה ולסכן את חיי. לפי שיקול דעת רפואי, הוסבר לי, שכדי למנוע זאת - אקבל טיפול מניעתי בתרופות המדכאות את הפעילות החיסונית של השתלת ומקטינות את סכנת ה-GVH.

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 שקבלת עירוי הלימפוציטים מתורם 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
-------	-----	--------------





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

שם אפוטרופוס
(קירבה למטופל)

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.



תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

שם המטופל
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

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

