



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 08/16

טופס הסכמה ל

טיפול תרופתי במחלות ממאירות על ידי תרופות ציטוטוקסיות Chemotherapy

מטרת הטיפול הכימותרפי היא לטפל במחלה או למנוע את הישנותה על-ידי פגיעה בתאים הממאירים ולהרסם. כימותרפיה ניתנת בד"כ בעירוני לתוך הוריד, אך חלק מהטיפולים ניתנים דרך הפה. קיימים מקרים בהם הטיפול הכימותרפי ניתן בצורות אחרות, למשל, בהזרקה לתוך תעלת השדרה, או לאיבר המטרה. הטיפול הכימותרפי ניתן, בדרך כלל, בשילוב של מספר תרופות ובצורה מחזורית. לעתים הטיפול כולל תרופה אחת בלבד. תכנון הטיפול, מינון התרופות ומשך הטיפול, נקבעים על פי תכנית טיפול סטנדרטית ("פרוטוקול") המותאמת לממדי הגוף (שטח הגוף, הנגזר מהגובה והמשקל) תוך התחשבות במחלות אחרות של החולה. מהלך הטיפול עשוי להשתנות בהתאם לתגובת הגוף לטיפול.

הטיפול הכימותרפי הניתן כדי לפגוע בתאי הסרטן, פוגע גם ברקמות בריאות. הטיפול הכימותרפי כרוך בתופעות לוואי ובסיבוכים רב מערכתיים שעלולים להיות קשים ו/או בלתי הפיכים ועלולים להסתיים במוות.

חומרת תופעות הלוואי ואופיין שונים בטיפולים הכימותרפיים השונים ולא כל תופעות הלוואי המפורטות בהמשך צפויות בהכרח לקרות כתוצאה מהטיפול הספציפי שיינתן לך.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------



על מחלתי הממארת וכי הומלץ לי לקבל טיפול כימותרפי. פרטי/ התרופה/ות המתוכננת/ות:

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

אופן מתן התרופה/ות: דרך הפה/ לווריד/אחר (פרטי/י)

משך הטיפול המתוכנן _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות למחלתי.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי שרובן הפיכות. תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים בעקבות הטיפול הכימותרפי כוללים, בין השאר, את התופעות הבאות: בחילה והקאה, חולשה ותחושת עייפות, נשירת שיער (הפיכה בדרך כלל), ירידה במספר כדוריות הדם הלבנות, שעלולה לגרום להתפתחות זיהומים, ירידה במספר הטסיות (כדוריות הדם שאחראיות על קרישת הדם), שעלולה לגרום לדימומים, ירידה במספר כדוריות הדם האדומות (אנמיה), הגורמת לחולשה, הפרעות במערכת העיכול, כולל שלשול ועצירות, הופעת כיבים (פצעים) בפה, על גבי הלשון, או בחלקים אחרים במערכת הבליעה ושינויים בעור ובציפורניים.

דליפת תרופות כימותרפיות מחוץ לווריד, עלולה לגרום לתגובה דלקתית או לנמק מקומי. לתרופות ספציפיות יש גם תופעות לוואי מיוחדות, כגון: תופעות אלרגיות, נזק לשריר הלב, נזק לריאות, נזק לכליות, נזק לכבד, פגיעה בשמיעה ופגיעה בעצבים, כולל פגיעה בזיכרון ובריכוז.

חלק מהתופעות והסיבוכים עלול לחייב אשפוז בבית החולים ובמצבים נדירים עלול להסתיים במוות.

קיימת אפשרות נדירה של הופעת מחלה ממארת שנייה מספר שנים לאחר סיום הטיפול הכימותרפי.

בגיל הפוריות, הכימותרפיה עלולה לגרום לפגיעה בפוריות וכן לתופעות הקשורות לחסר בהורמוני המין.

בכל גיל, תתכן פגיעה בתפקוד המיני, שבדרך כלל חולפת לאחר סיום הטיפול.

אני מצהירה/ ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות שלא ניתן לצפותן מראש אך משמעותן הוסברה לי. אני מסכים/ה גם לאותו שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הטיפול.



אם במהלך הטיפול תתבצע הרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

שם המוסד הרפואי / לוגו

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יימיל יילוי רחמתי לידלים מדבקת המטופל ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מנס. הולמתי שגורמת ת. המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

חתימת המטופל

שעה

תאריך

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

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)

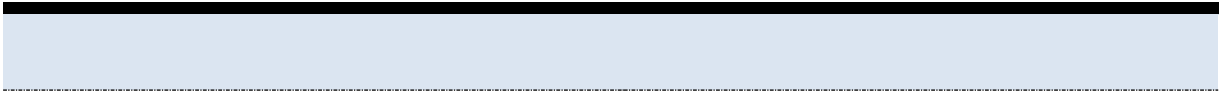
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)





קשריו לחולה

שם המתרגם/ת

