



מדבקה



טופס הסכמה ל

**טיפול תרופתי במחלות ממאירות
Chemotherapy על ידי תרופות ציטוטוקסיות**

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, בד"כ, 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 משפחה	שם פרטי
על מחלתי הממארת וכי הומלץ לי לקבל טיפול כימותרפי. פרטי/ התרופה/ות המתוכננת/ות:	



מ ד ב ק ה



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

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

הערות: _____

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:** בחילות והקאות, חולשה ותחושת עייפות, נשירת שיער (הפיכה בד"כ), 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. הובהר לי שיש לדווח מיד על כאב או נפיחות באזור החדרת העירוי

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, אשר בד"כ חולפת לאחר סיום הטיפול.

אני מצהיר/ה 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 רפאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים 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, לעתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שהמרכז הרפואי הלל יפה הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.



מ ד ב ק ה



אני יודעת ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל/ת
שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)		חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

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.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
שם המתרגם/ת	קרבה לחולה	