



מ ד ב ק ה



**טופס הסכמה לטיפול תרופתי במחלות ממאירות  
Chemotherapy - על ידי תרופות ציטוטוקסיות**

**Бланк согласия на медикаментозное лечение злокачественных заболеваний с помощью химиотерапии (цитотоксическое лечение)**

**Цель химиотерапии** – лечение заболевания или профилактика его рецидива посредством повреждения злокачественных клеток и их уничтожения. Химиотерапия обычно проводится в виде внутривенного вливания, однако некоторые пациенты получают ее в таблетированной форме. Существуют случаи, когда химиотерапия проводится другими способами, например, введением в позвоночный канал или в определенный орган. Обычно химиотерапия проводится в виде сочетания нескольких лекарств и несколькими циклами. Иногда лечение включает только одно лекарственное средство. Планирование лечения, дозировка препаратов и продолжительность лечения устанавливаются в соответствии со **стандартным планом лечения «протоколом»**, спланированным согласно параметрам тела (площадь поверхности тела, производная от роста и веса) с учетом прочих заболеваний пациента. **Курс лечения может меняться в зависимости от реакции организма на лечение.**

Химиотерапия, проводимая с целью поражения раковых клеток, поражает также и здоровые ткани.

**Химиотерапия связана с наличием побочных эффектов и с осложнениями в различных органах и системах, которые могут быть серьезными и/или необратимыми и даже привести к смерти.**

Серьезность побочных эффектов и их характер отличаются при различных видах химиотерапии, и не все приведенные далее побочные эффекты могут обязательно иметь место в результате конкретного, предписанного Вам лечения.

**Фамилия и имя пациента:**

Фамилия	Имя	№ удост. личн.	Имя отца
שם משפחה	שם	תעודת זהות	שם האב

**Я заявляю и подтверждаю** настоящим, что получил/а от доктора

\_\_\_\_\_ : שם הרופא נתן ההסבר  
Фамилия Имя

подробное устное разъяснение по поводу моего заболевания, его злокачественности, и что мне рекомендовано пройти курс химиотерапии. **Сведения о планируемом (мых) лекарстве (вах):**

**טיפול תרופתי מתוכנן**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



מ ד ב ק ה

**Способ применения лекарства (אופן מתן תרופה):**

пероральный (P.O)    внутривенный (IV)    другой (אחר) \_\_\_\_\_

**Продолжительность Основное лечение (משך הטיפול המתוכנן):** \_\_\_\_\_

**Комментарии: (הערות)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Мне разъяснены виды альтернативного лечения, существующие для моего заболевания.

**Мне разъяснены побочные эффекты основного лечения**, большинство из которых обратимы. Вызванные химиотерапией возможные побочные эффекты и осложнения включают, помимо прочего, следующие явления: тошноту и рвоту, слабость и утомляемость, выпадение волос (обычно обратимое), снижение числа лейкоцитов, которое может привести к развитию инфекций, снижение числа тромбоцитов (кровяных клеток, отвечающих за свертываемость крови), которое может вызвать кровотечения, снижение числа эритроцитов (анемия), вызывающее слабость, нарушения пищеварительной системы, в том числе поносы и запоры, появление язвочек (ранок) во рту, на поверхности языка или на других участках глотательной системы и изменения на коже и на ногтях.

проникновение химиотерапевтических препаратов за пределы вены может вызвать воспалительную реакцию или местный некроз. Мне разъяснено, что следует моментально сообщить в случае появления боли и (или) припухлости в области инфузии.

**Определенные лекарства обладают также особыми побочными эффектами**, такими как аллергические явления, повреждение сердечной мышцы, легких, почек и печени, нарушение слуха и поражение нервов, включая нарушения памяти и концентрации. Некоторые побочные явления и осложнения могут вызвать необходимость госпитализации в больнице, а в редких случаях могут даже привести к смерти. Существует также редкая вероятность повторного появления злокачественного заболевания через несколько лет после окончания курса химиотерапии.

В детородном возрасте химиотерапия может привести к нарушению детородной функции, а также к явлениям, связанным с дефицитом половых гормонов.

В любом возрасте возможно поражение половой функции, которое обычно исчезает после окончания лечения.

**Я заявляю и подтверждаю настоящим**, что мне разъяснено и я понимаю, что существует возможность того, что в ходе основного лечения выяснится, что есть необходимость в его изменении или в проведении других или дополнительных действий для спасения жизни, для предотвращения телесных повреждений, в том числе в выполнении дополнительных

манипуляций, которые невозможно предвидеть в настоящее время, однако их значение было мне разъяснено. Поэтому **я даю свое согласие** также и на такое изменение или проведение прочих или дополнительных процедур, включая манипуляции, которые, по мнению больничного врача, будут жизненно важны или необходимы в ходе лечения.



מ ד ב ק ה



Если в ходе лечения будет проводиться местная анестезия, я даю настоящим также свое согласие на проведение местной анестезии с внутривенным введением или без введения седативных препаратов после того, как мне были даны разъяснения по поводу всех возможных опасностей и осложнений местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести на введение анестетиков, а также возможные осложнения после применения седативных препаратов, которые, в редких случаях, могут привести к нарушениям дыхания и нарушениям сердечной деятельности, в основном у кардиологических больных и больных с нарушениями дыхательной системы.

**Мне известно** Больница «Гилель Яффэ» является университетским медицинским центром, и поэтому в ней проводится обучение студентов по различным медицинским специальностям. Студенты будут вовлечены в процесс Вашего лечения, но они будут действовать под контролем, с тщательным соблюдением конфиденциальности Вашей частной жизни и уважением Вашего достоинства. Обучение врачебного и медсестринского персонала – это наш вклад в будущее поколения.

**Мне известно, и я даю свое согласие** на то, чтобы лечение и все прочие процедуры проводились тем лицом, которому это будет поручено, в соответствии с распоряжком и указаниями учреждения, и что мне не было обещано, что эти процедуры (полностью или частично) будут проведены конкретным лицом, а только лишь было сказано, что сделано это будет под принятую в больнице ответственность и подчиняясь положениям закона.

**Настоящим я даю свое согласие на проведение Основного лечения.**

Дата תאריך	Время שעה	Подпись пациента שם המטופל
Фамилия опекуна (степень родства с пациентом) קרבה למטופל	Подпись опекуна в случае недееспособного или душевнобольного שם האפוטרופוס	

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

Фамилия врача (печать) שם הרופא (חותמת)	Подпись врача חתימת רופא	Дата и время תאריך ושעה
Фамилия переводчика שם המתרגם	родство с пациентом קרבה למטופל	