

טופס הסכמה לקבלת טיפול כימי (כמותרפיה) CHEMOTHERAPY

המטרה של טיפול כימי היא לפגוע בתאי הגידול ולהרסם. הטיפול הכימי נועד לטפל במחלה או למנוע הישנותה, לפי העניין. הטיפול ניתן בתרופות דרך הפה, ו/או בזריקה ו/או בעירוי לוריד /עורק, ו/או הזרקה לחללי הגוף/איברי מטרה ו/או בהזרקה לתעלת השדרה. מינון התרופה מותאם למטופל ונקבע בדרך כלל על פי גובהו ומשקלו של המטופל ותוך התחשבות במחלתו האחרות ובכושר סבילותו. משך הטיפול יקבע על פי תוכנית מוגדרת מראש או על פי תגובת החולה.

| שם החולה | שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת.ז. |
|---|----------|---------|--------|------|
| אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר | | | | |
| | שם משפחה | שם פרטי | | |

על מחלתי הממארת והטיפול בה, וכי הומלץ בפני על קבלת טיפול כימי (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי שעל פי הידוע כיום לתרופות הכימיות יש מספר תופעות לוואי אפשריות:

1. התרופות עלולות לגרום לבחילה והקאה ולשלשול. תופעות אלו ניתנות לטיפול תרופתי המקטין בהרבה או מונע אותן לחלוטין.
2. תיתכן נשירת שיער חלקית או מלאה בהתאם לתרופות השונות. תופעה זו הפיכה בדרך כלל.
3. לעתים נפגעות הכדוריות הלבנות, האדומות ו/או תסיות הדם, ומספרן יורד זמנית. ירידה במספר הכדוריות האדומות (אנמיה) יכולה לגרום לחולשה, עייפות ודפיקות לב מהירות. ניתן לטפל במצב זה על ידי מתן מנות דם או באמצעים תרופתיים. ירידה במספר התסיות יכולה במקרים קיצוניים לגרום לדימום שיכול להתבטא גם בהופעת שתן אדום, או נקודות שונות על פני העור. כל דימום מחייב פנייה מיידית לטיפול. ירידה במספר הכדוריות הלבנות עלולה לגרום לירידת תנגודת הגוף ולזיהומים, שעלולים להתבטא בעליית חום או בהידרדרות מערכות כללית. זיהום המתפתח כתוצאה מהזרקות התרופות לתעלת השדרה עלול להיות קטלני. הובהר לי שעלי להודיע באופן מיידי לצוות המטפל על עליית חום של 38 מעלות ומעלה, או לפנות לחדר מיון. תופעות המעידות על זיהום תחייבנה לרוב, מתן טיפול אנטיביוטי בכדורים או בעירוי שיצריך אשפוז בבית החולים.
4. חלק מהתרופות הכימיות עלולות לגרום להופעת כיבים או פצעים על גבי הלשון או חלקים אחרים במערכת הבלעיה. ידוע לי שיש לדווח על כך מידית לצוות המטפל כדי שתופעה זו תטופל מבעוד מועד.
5. במקרים נדירים תתכן פגיעה בזיכרון ובריכוז.
6. דליפת תרופות מחוץ לוריד עלולה לעיתים לגרום לתגובה דלקתית או לנמק מקומי. הובהר לי שיש לדווח מיד על כאב באזור החדרת העירוי, תוך כדי מתן התרופה.
7. כמו כן הובהר לי כי:

- א. לתרופות ספציפיות יש בנוסף תופעות לוואי מיוחדות, שלא נזכרו לעיל, כגון: תופעות אלרגיות, נזק לשריר הלב, נזק לריאות, נזק לכליות, פגיעה בשמיעה, פגיעה בעצבים, פגיעה בפוריות, ותופעות עוריות שונות. **ובילדים** - פגיעה בגדילה ובהתפתחות וצבירת נוזלים.
- ב. טיפול כימי לתעלת השדרה עלול לגרום לנזק מוחי.
- ג. קיימת אפשרות נדירה של הופעת מחלה ממארת שניה כתוצאה מהטיפול הכימי.
- ד. לצרוף של כמה תרופות יש לעתים תופעות ייחודיות או עוצמה הנובעות מהצירוף המיוחד.
- ה. לעתים נדירות תופעות הלוואי יכולות להיות קשות במיוחד ואפילו להסתיים במוות.
- ו. לעיתים הטיפול בתופעות הלוואי מחייב אשפוז בבית החולים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים/מכון/מרפאה/יחידה/מחלקה, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

| תאריך | שעה | חתימת החולה |
|--|---|-------------|
| שם אפוסטרופוס (קירבה) | חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) | |
| אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם. | | |

| שם הרופא/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון |
|------------|---------------|-----------|
|------------|---------------|-----------|

* מחק/י את המיותר

