

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

1997 אפרייל / OONCO/TRT/CHM/0014

טופס הסכמה: טיפול כימי (כמותרפיה)

CHEMOTHERAPY

Химиотерапия

Имя пациента/ки: _____

фамилия	имя	имя отца	паспорт
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.ז.ת

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

Фамилия	имя
שם משפחה	שם פרטי רופא/ה:

о моем злокачественном заболевании, о его лечении, и о том, что мне показана химиотерапия. (далее: "лечение").

Я знаю, что цель лечения уничтожить клетки опухоли. Химиотерапия предназначена для лечения болезни или для предотвращения ее рецидива. Лечение проводится посредством таблеток, инъекций или внутривенных инфузий. Доза назначается специально для пациента/ки, в соответствии с ростом и весом, принимая во внимание наличие других заболеваний и его/ее состояние. Продолжительность лечения назначается заранее по определенной программе, или в зависимости от реакции пациента/ки.

Мне объяснили, что насколько известно на сегодняшний день, у лекарств химиотерапии есть несколько возможных побочных явлений:

- 1) Тошнота, рвота, понос – эти явления можно смягчить или устранить с помощью лекарств.
- 2) Возможно полное/частичное выпадение волос, в зависимости от используемых лекарственных препаратов – обычно это обратимо.
- 3) Иногда временно падает количество белых кровяных телец, красных кровяных телец, или тромбоцитов. Из-за снижения количества красных кровяных телец (анемия) пациент/ка может чувствовать слабость, усталость и быстрое сердцебиение. Анемию можно исправить переливанием крови или лекарственно. Снижение количества тромбоцитов в крайних случаях может привести к кровотечению – например кровь в моче или красные точки на коже. При любом кровотечении следует срочно обратиться к лечащему врачу. Снижение количества белых кровяных телец приводит к снижению сопротивляемости организма и к инфекции, и вследствие того к высокой температуре. Я знаю, что должен/а сообщить лечащему персоналу о температуре 38° и выше, или обратиться в приемный покой. Явления, свидетельствующие об инфекции в большинстве случаев потребуют лечения антибиотиками – в таблетках, или инфузией, в больнице. Иногда употребляются лекарства для повышения количества белых кровяных телец.
- 4) Часть препаратов химиотерапии вызывает появление язв или болячек на языке или во рту и глотке. Я знаю, что следует сразу об этом сообщить, чтобы получить лечение.
- 5) Протекание лекарств из вены приводит иногда к образованию раны или местного некроза. Я знаю, что следует срочно сообщить о боли на месте инфузии, которая появляется во время получения лекарств.
- 6) Также, мне объяснили, что:
 - а) У специфических лекарств есть особые побочные явления, не упомянутые выше, как например: повреждение сердечной мышцы, повреждение легких, почек, повреждение слуха, нервной системы, фертильности, а у детей – нарушения роста и развития. Я знаю, что получу более подробную информацию, если мне будут назначены эти лекарства.
 - б) Существует небольшая вероятность развития второй злокачественной болезни вследствие химиотерапии.
 - в) При комбинации нескольких препаратов иногда есть особые побочные явления или мощность истекающая из особой комбинации. Я получу дополнительные разъяснения если мне будет назначена подобная комбинация.
 - г) В редких случаях могут быть очень тяжелые побочные явления, которые могут привести к смерти.
 - д) Иногда для лечения побочных явлений нужна госпитализация.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

החברה הישראלית לאונקולוגיה קלינית ורדיוטרפיה
האיגוד הישראלי להמטולוגיה ולעירוי דם
החברה הישראלית להמטולוגיה ולאונקולוגיה ילדים

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

1997/אפריל/ OONCO/TRT/CHM/0014

Я даю здесь свое согласие на проведение лечения.

Я знаю, и согласен/а с тем, что лечение, и все дополнительные действия будут исполнены теми, кому будут поручены, согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения и мне не обещано, что они будут исполнены полностью или частично кем-то именно, при условии, что они будут проведены с принятой ответственностью и в рамках закона.

подпись пациента/ки
חתימת החולה

время
שעה

дата
תאריך

имя опекуна (родство)

подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего,
душевнобольного)

אפוסטרופוס

(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ה לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא/ה
*מחק/י את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

החברה הישראלית לאונקולוגיה קלינית ורדיותרפיה

האיגוד הישראלי להמטולוגיה ולעירוי דם

החברה הישראלית להמטולוגיה ולאונקולוגיה ילדים