



מדבקת המטופל



גרסה 01/17

טופס הסכמה ל

קבלת טיפול קרינתי עם רדיום 223 Irradiation Therapy by Radium 223

רדיום 223 הינו רדיו איזוטופ הפולט קרינה מייננת, בעל זיקה להתקשרות למוקדים אוסטיאובלסטים (בוני עצם) בעצם, המאפיינים גרורות (של ממאירות הערמונית בעיקר). בשל יכולתה של קרינה זו להתמקד בגרורות, היא מהווה אופציה מתאימה לטיפול על ידי פגיעה מקומית בתאי הגרורות והשפעה סיסטמית מינימלית. הטיפול ניתן בדרך של הזרקה תוך ורידית.

הוסבר לי כי מטרת הטיפול היא לפגוע בתאים הגידוליים ולהרסם.

שם החולה:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

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

שם פרטי

שם משפחה

על מחלתי הממארת והטיפול בה, וכי המליץ/ה בפני על קבלת טיפול קרינתי באמצעות חומר רדיואקטיבי מסוג רדיום 223. (להלן: "הטיפול העיקרי")

כמו כן הוסברו לי חלופות טיפוליות הקיימות לטיפול במצבי.

הוסבר לי כי הטיפול יכול לפגוע באיברים הסמוכים לאזורי הקליטה של הרדיום עקב שדה הקרינה וזה כולל גם את מח העצם, מאחר ורדיום 223 נקלט בגרורות בעצמות.



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
הקבוצת חדרים



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות שחלקן עשוי להופיע חודשים



מדבקת המטופל

ושנים לאחר מתן הטיפול:

- באזור ההזרקה, הקרינה יכולה לגרום לאודם, צריבה וגרד ועד להתכייבות במידה והייתה דליפה של החומר אל מחוץ לכלי הדם. בשלב מאוחר יכולה להופיע התעבות העור והצטלקות, שינוי בצבע העור וכיבים כרוניים.
- יתכנו תופעות של חוסר תיאבון, בחילה והקאות, המלוות בחולשה וירידה במשקל. תופעות אלה הפיכות בדרך כלל.
- לעיתים יחייב הטיפול בתופעות הלוואי אשפוז בבית החולים.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: פגיעה בכדוריות האדומות, הלבנות ו/או טסיות הדם שמספרן יורד זמנית.

ירידה במספר הכדוריות האדומות ניתנת לתיקון ע"י מתן מנות דם ו/או אמצעים תרופתיים.

ירידה במספר הכדוריות הלבנות עלולה לגרום לירידה בתנגודת הגוף ולהופעת זיהומים. תופעות המעידות על זיהום תחייבנה, לרוב, מתן טיפול אנטיביוטי בבית או באשפוז, לעיתים משתמשים בתרופות להעלאת מספר הכדוריות הלבנות.

ירידה במספר הטסיות יכולה לגרום, במקרים קיצוניים, לדימום המתבטא בצורות שונות ביניהן הופעת שתן אדום או נקודות וכתמים על פני העור. כל דימום מחייב פנייה מיידית לרופא המטפל.

הוסבר לי כי קיימת אפשרות נדירה של הופעת מחלה ממארת שנייה משנית לטיפול הקרינתי.

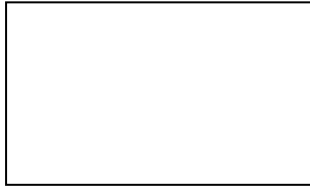
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שלעיתים רחוקות תופעות הלוואי, הסיכונים והסיבוכים עלולים להיות קשים במיוחד ואפילו להסתיים במוות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן מראש אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים.

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

אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים העיקרים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.



מדבקת המטופל



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

