



מדבקת המטופל

גרסה 08/16

טופס הסכמה ל

טיפול קרינתי

Radiotherapy / Brachytherapy/ Radioactive therapy

מטרת הטיפול הקרינתי היא לטפל במחלה או למנוע את הישנותה על-ידי פגיעה בתאים הממאירים במטרה להרסם. עם זאת, הטיפול הקרינתי עלול לפגוע בכל איבר הנמצא בשדה הקרינה.

קיימים מספר סוגים של טיפול קרינתי, ביניהם: קרינה חיצונית, ברכיתרפיה וטיפול רדיואקטיבי. **קרינה חיצונית** ניתנת באמצעות מכשיר קרינה הנמצא במרחק מהאזור המוקרן; **ברכיתרפיה** ניתנת באמצעות חומר רדיואקטיבי המוחדר לרקמה או לחללי הגוף; **והטיפול הרדיואקטיבי** ניתן באמצעות מתן פומי או תוך ורידי.

תכנון הטיפול הקרינתי החיצוני או הברכיתרפיה מתבצע כדי לנסות ולהקטין, לצמצם או למנוע נזק אפשרי לאיברים בריאים הנמצאים באזור שדה הקרינה. תכנון הטיפול הקרינתי כולל סימולציה בדרך כלל באמצעות הדמיה כגון CT, עם חומר ניגוד בהתאם לצורך. מטרת ה CT היא תכנון בלבד והוא **אינו משמש** לצורך בדיקה אבחנתית. תכנון הטיפול כולל גם סימון שדה הקרינה על-פני העור באמצעות קעקוע או סימנים אחרים העשויים להישאר לצמיתות. יתכן ויהיה צורך במתן הרדמה או טשטוש ובביצוע צילומים לצורך זיהוי האיזור המטופל ולתיעוד שדות הקרינה.

משך הטיפול נקבע על-פי תוכנית מוגדרת מראש או על-פי התגובה לטיפול.

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 והטיפול בה וכי הומלץ בפני על קבלת טיפול קרינתי.



סוג ההקרנה _____ אזור ההקרנה _____ מדבקת המטופל _____ ל
 העיקרי".

אני מצהיר שהוסבר לי החלופות הטיפוליות לטיפול במחלתי.

הוסבר לי כי לטיפול קרינתי תופעות לוואי וסיבוכים, שחלקן מופיע במהלך הטיפול ואו אחריו וחלקן עלול להופיע חודשים או שנים לאחר מתן הטיפול. חלק מהסיבוכים עלול לחייב אשפוז בבית החולים ובמצבים מאוד נדירים עלול להסתיים במוות. תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים בעקבות הטיפול הקרינתי כוללים, בין השאר, את התופעות הבאות:

1. עור ושיער- אודם, צריבה וגרד ועד להופעת כיב באזור המוקרן.
2. בשלב מאוחר יכולה להופיע התעבות העור והצטלקות, כלי דם מורחבים, שינוי בצבע העור וכיבים כרוניים. הקרינה עלולה לגרום לנשירת שיער בשדה המוקרן, שיכולה להיות זמנית או קבועה.
3. מערכת עצבים מרכזית- כאבי ראש, הפרעות בשמיעה וראיה. פגיעה מוחית לסוגיה השונים, פגיעה הורמונאלית. דלקת קרינית של חוט השדרה עם פגיעה עצבית.
4. ראש צוואר- הפרעות בבליעה, כיבים בריריות חלל הפה ודרכי הבליעה/נשימה עליונות. יובש בריריות, פגיעה בשיניים, תת פעילות בלוטת התריס, פגיעה בעצמות הגולגולת, קשיון שרירים.
5. מערכת הנשימה- קושי בנשימה, שיעול, דלקת ריאות, שברים בצלעות.
6. מערכת העיכול- חוסר תיאבון, בחילה, כאב בבליעה, הקאה, שלשול, דימום, חסימת מעי, אי שליטה בסוגרים, פגיעה בכבד.
7. מערכת השתן- הפרעה במתן שתן עד כדי חסימה או אי שליטה. דימום, פגיעה בכליות ובכיס השתן.
8. מערכת המין- אימפוטנציה, היצרות/יובש בנרתיק, פגיעה בפוריות.
9. מערכת הדם- ירידה במספר כדוריות הדם האדומות/לבנות או טסיות הדם. הירידה במספר הכדוריות הלבנות יכולה לגרום לירידה בתנגודת הגוף ולהופעת זיהומים. תופעות המעידות על זיהום תחייבנה, לרוב, מתן טיפול אנטיביוטי בבית או באשפוז. ירידה במספר הטסיות יכולה לגרום, במקרים קיצוניים, לדימום המתבטא בצורות שונות, ביניהם: הופעת שתן אדום או נקודות וכתמים על פני העור. כל דימום מחייב פנייה מיידית למטפל.
10. בילדים תיתכן פגיעה בגדילה ובהתפתחות.
11. קיימת אפשרות של הופעת מחלה ממארת שנייה, בעיקר בילדים.
12. במקרה של אישה בהריון, יתכן נזק לעובר.
13. החדרת החומר הרדיואקטיבי לחללי הגוף (ברכיטרפיה) כרוכה לעיתים בדמם מקומי/זיהום ובסיבוכים נוספים הקשורים לאזור המוקרן.
14. טיפול פומי או תוך וורידי של חומר רדיואקטיבי, הנשאר בגוף עד לדעיכתו, מחייב שמירה על כללי בטיחות קרינה.

בהתאם לאזור המוקרן יתכנו תופעות לוואי והסיבוכים הבאים שלא נזכרו לעיל.
 פרט: _____

במקרה של טיפול רדיואקטיבי (פומי או תוך וורידי, הוסבר לי כללי ההתנהגות הנדרשים בהתאם לסוג החומר הרדיואקטיבי).

מאחר ותוך ביצוע בדיקות ההדמיה יהיה שימוש בחומרי ניגוד אני מצהיר/ה בזאת כי במידה ואובחנו אצלי רגישויות לחמרי ניגוד כמו יוד ואחרים דיווחתי על כך לרופא המסביר/המטפל בי.



י. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות ^{מדבקת המטופל} לתברר 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. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הטיפול העיקרי.

אם הפעולה תתבצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך וורידית 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, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

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

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

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

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 / קשריו לחולה

