

## טופס הסכמה לנטילה עצמית של תרופות במסגרת אשפוז בבית חולים

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט בעל-פה מדייר \_\_\_\_\_  
 \ \_\_\_\_\_ \  
 שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_  
 \-----א----- \  
 שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_  
 ומהאח/ות \_\_\_\_\_

על נטילה עצמית של התרופה / התרופות שלהלן:

הוסברו לי שם/שמות התרופה/ות, אופן פעולת התרופה/ות, הסיבות לקבלתה/תן, דרך הלקיחה, מינון נדרש בכל לקיחה, שעות הלקיחה, תופעות לוואי אפשריות. בנוסף לכך הוסבר לי שעלי לדווח לאחות על כל לקיחת תרופה וכן על כל תופעת לוואי או בעיה שמתעוררת אצלי.

אני יודע/ת ומסכים/ה לנטילה עצמית של תרופות בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל-פה למטופל, לאחר בצוע הערכה בדבר יכולתו/ה והבנתו/ה לנטילה עצמית של תרופות, את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי ה1א/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

\*טופס הסכמה יתויק בתיק המטופל

### תמצית ההסבר שניתן למטופל:

---

---

---

---

---

---

---

---

הערות:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה \_\_\_\_\_

נוכחים בשיחה: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל \_\_\_\_\_

שם האפוטרופוס חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל /לאפוטרופסו של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא וחתימה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

שם האחיות וחתימה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_