

מדבקת מטופל

טופס הסכמה לטיפול קרינתי

RADIOTHERAPY

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז
שם משפחה		שם פרטי	

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

על מחלתי הממארת והטיפול בה, וכי הומלץ בפני על קבלת טיפול קרינתי (להלן: "הטיפול").
הוסבר לי כי מטרת הטיפול לפגוע בתאים הגידוליים ולהרסם. הטיפול הקרינתי נועד לטפל במחלה או למנוע הישנותה. הוסבר לי כי טיפול קרינתי יכול לפגוע בכל איבר הנמצא בשדה הקרינה. תכנון הטיפול הקרינתי מתבצע כדי לנסות ולהקטין, לצמצם או למנוע נזק אפשרי לאיבר בריא הנמצא בשטח המוקרן. תכנון הטיפול כולל סימולציה ואמצעי הדמיה נוספים כגון CT – 1 MRI והזרקה תוך-ורידית של חומר ניגוד בהתאם לצורך, ועל כן עלי להודיע לרופא/ה המטפל/ת ורופא/ה הרנטגן קודם לביצוע הבדיקה עם חומר ניגוד במידה וקיימת אצלי רגישות ליוד. תכנון הטיפול כולל גם סימון שדה הקרינה על-פני העור באמצעות קעקוע או סימנים אחרים העשויים להשאר לצמיתות. יתכן צורך במתן הרדמה או טשטוש וביצוע צילומים לצורך זיהוי המטופל ולתייעור שדות הקרינה. משך הטיפול יקבע על-פי תוכנית מוגדרת מראש או על-פי תגובת החולה. הוסבר לי שעל פי הידוע כיום, לטיפול קרינתי יש מספר תופעות לוואי אפשריות שחלקן עשוי להופיע חודשים ושנים לאחר מתן הטיפול.:

1. הקרינה יכולה לגרום לאודם, צריבה וגרד ועד להתכייבות באזור המוקרן. בשלב מאוחר יכולה להופיע התעבות העור והצטלקות, כלי דם מורחבים, שינוי בצבע העור וכיבים כרוניים.
2. הקרינה גורמת לנשירת שיער בשדה המוקרן שיכולה להיות זמנית או קבועה.
3. יתכנו תופעות של חוסר תיאבון, בחילה והקאות, המלוות בחולשה וירידה במשקל. תופעות אלה הפיכות בדרך כלל.
4. לעיתים רחוקות עלולות להיפגע הכדוריות האדומות, הלבנות ו/או תסיות הדם ומספרן יורד זמנית. ירידה במספר הכדוריות האדומות ניתנת לתיקון ע"י מתן מנות דם ו/או אמצעים תרופתיים. ירידה במספר הכדוריות הלבנות יכולה לגרום לירידה בחינגודת הגוף ולהופעת זיהומים. עליית חום עשויה להיות ביטוי לזיהום. ברור לי שעלי להודיע באופן מיידי לצוות המטפל או לפנות לחדר מיון בכל מקרה של עליית חום של 38 מעלות ומעלה. תופעות המעידות על זיהום תחייבנה, לרוב, מתן טיפול אנטיביוטי בבית או באישפוז. לעיתים משתמשים בתרופות להעלאת מספר הכדוריות הלבנות. ירידה במספר התסיות יכולה לגרום, במקרים קיצוניים, לדימום המתבטא בצורות שונות בנייהן הופעת שתן אדום או נקודות וכתמים על פני העור. כל דימום מחייב פנייה מיידי למטפל.
5. במקרה של אשה בהריון, יתכן נזק לעובר.
6. כמו כן הובהר לי כי:
 - א. בהתאם לאזור המוקרן יתכנו תופעות לוואי מיוחדות שלא נזכרו לעיל כגון, נזק לריאות, נזק לקיבה, נזק למעינים, נזק לכליות, נזק לכבד, נזק לעמוד השדרה, נזק לכיס השתן, נזק לפי-הטבעת, פגיעה בעצבים ונזק לפוריות. בילדים – תיתכן פגיעה בגדילה ובהתפתחות. הוסבר לי כי אקבל מידע מפורט יותר בהתאם לאזור המוקרן.
 - ב. במקרה שמירפק או פרקים מצויים בשדה המוקרן תיתכן פגיעה שתגרום לנוקשות הפרק, לכאבים ולדלקת שיביאו להגבלה בתנועה.
 - ג. במקרה שעצם או עצמות מצויים בשדה המוקרן תיתכן פגיעה שתגרום לשבר.
 - ד. קיימת אפשרות נדירה של הופעת מחלה ממארת שניה באזור הקרינה בעיקר בילדים.
 - ה. לעיתים יחייב הטיפול בתופעות הלוואי אשפוז בבית החולים.
 - ו. לעיתים רחוקות תופעות הלוואי יכולות להיות קשות במיוחד ואפילו להסתיים במוות.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז תסיות דם, וקריופריציפטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.
עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.
כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לאחירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (יראלית) - ובאיידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוני דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול.

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

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 /לאפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

_____ מס' רשיון

_____ שם הרופא וחתימה