

מדבקת מטופל

טופס הסכמה לקבלת טיפול כימי (כימוטרפיה)

CHEMOTHERAPY

המטרה של טיפול כימי היא לפגוע בתאי הגידול ולהרסם. הטיפול הכימי נועד לטפל במחלה או למנוע הישנותה, לפי העניין. הטיפול ניתן בתרופות דרך הפה, ו/או בזריקה ו/או בעירוי לוריד /עורק, ו/או הזרקה לחללי הגוף/איברי מטרה ו/או בהזרקה לתעלת השדרה. מינון התרופה מותאם למטופל ונקבע בדרך כלל על פי גובהו ומשקלו של המטופל ותוך התחשבות במחלותיו האחרות ובכושר סבילותו. משך הטיפול יקבע על פי תוכנית מוגדרת מראש או על פי תגובת החולה.

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם פרטי

על מחלתי הממארת והטיפול בה, וכי הומלץ בפני על קבלת טיפול כימי (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי שעל פי הידוע כיום לתרופות הכימיות יש מספר תופעות לוואי אפשריות:

1. התרופות עלולות לגרום לבחילה להקאה ולשלשול. תופעות אלו ניתנות לטיפול תרופתי המקטין בהרבה או מונע אותן לחלוטין.
2. תיתכן נשירת שיער חלקית או מלאה בהתאם לתרופות השונות. תופעה זו הפיכה בדרך כלל.
3. לעתים נפגעות הכדוריות הלבנות, האדומות ו/או טסיות הדם, ומספרן יורד זמנית. ירידה במספר הכדוריות האדומות (אנמיה) יכולה לגרום לחולשה, עייפות ודפיקות לב מהירות. ניתן לטפל במצב זה על ידי מתן מנות דם או באמצעים תרופתיים. ירידה במספר הטסיות יכולה במקרים קיצוניים לגרום לדימום שיכול להתבטא גם בהופעת שתן אדום, או נקודות שונות על פני העור. כל דימום מחייב פנייה מיידית לטיפול. ירידה במספר הכדוריות הלבנות עלולה לגרום לירידת תנגודת הגוף ולזיהומים, שעלולים להתבטא בעליית חום או בהידרדרות מערכות כללית. זיהום המתפתח כתוצאה מהזרקה התרופות לתעלת השדרה עלול להיות קטלני. הובהר לי שעלי להודיע באופן מיידי לצוות המטפל על עליית חום של 38 מעלות ומעלה, או לפנות לחדר מיון. תופעות המעידות על זיהום תחייבנה לרוב, מתן טיפול אנטיביוטי בכדורים או בעירוי שיצריך אשפוז בבית החולים.
4. חלק מהתרופות הכימיות עלולות לגרום להופעת כיבים או פצעים על גבי הלשון או חלקים אחרים במערכת הבלעיה. ידוע לי שיש לדווח על כך מידית לצוות המטפל כדי שתופעה זו תטופל מבעוד מועד.
5. במקרים נדירים תתכן פגיעה בזיכרון ובריכוז.
6. דליפת תרופות מחוץ לוריד עלולה לעיתים לגרום לתגובה דלקתית או לנמק מקומי. הובהר לי שיש לדווח מיד על כאב באזור החדרת העירוי, תוך כדי מתן התרופה.
7. כמו כן הובהר לי כי:

- א. לתרופות ספציפיות יש בנוסף תופעות לוואי מיוחדות, שלא נזכרו לעיל, כגון: תופעות אלרגיות, נזק לשריר הלב, נזק לריאות, נזק לכליות, פגיעה בשמיעה, פגיעה בעצבים, פגיעה בפוריות, ותופעות עוריות שונות. **ובילדים** - פגיעה בגדילה ובהתפתחות וצבירת נוזלים.
- ב. טיפול כימי לתעלת השדרה עלול לגרום לנזק מוחי.
- ג. קיימת אפשרות נדירה של הופעת מחלה ממארת שניה כתוצאה מהטיפול הכימי.
- ד. לצרוף של כמה תרופות יש לעתים תופעות ייחודיות או עוצמה הנובעות מהצירוף המיוחד.
- ה. לעתים נדירות תופעות הלוואי יכולות להיות קשות במיוחד ואפילו להסתיים במוות.
- ו. לעיתים הטיפול בתופעות הלוואי מחייב אשפוז בבית החולים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרזיפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לוריד, 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 לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאידס (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 עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים/מכון/מרפאה/יחידה/מחלקה, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

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 /לאפוטרופוסו 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