

טופס הסכמה: טיפול כימי (כמותרפיה)

CHEMOTHERAPY

Химиотерапия

Имя пациента/ки: _____
 фамилия имя имя отца паспорт
 שם משפחה שם פרטי שם האב .i.n

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

_____ _____
 Фамилия имя
 שם משפחה שם פרטי :רופא/ה

о моем злокачественном заболевании, о его лечении, и о том, что мне показана химиотерапия. (далее: "лечение").

Я знаю, что цель лечения уничтожить клетки опухоли. Химиотерапия предназначена для лечения болезни или для предотвращения ее рецидива. Лечение проводится посредством таблеток, инъекций или внутривенных инфузий. Доза назначается специально для пациента/ки, в соответствии с ростом и весом, принимая во внимание наличие других заболеваний и его/ее состояние. Продолжительность лечения назначается заранее по определенной программе, или в зависимости от реакции пациента/ки.

Мне объяснили, что насколько известно на сегодняшний день, у лекарств химиотерапии есть несколько возможных побочных явлений:

- 1) Тошнота, рвота, понос – эти явления можно смягчить или устранить с помощью лекарств.
- 2) Возможно полное/частичное выпадение волос, в зависимости от используемых лекарственных препаратов – обычно это обратимо.
- 3) Иногда временно падает количество белых кровяных телец, красных кровяных телец, или тромбоцитов. Из-за снижения количества красных кровяных телец (анемия) пациент/ка может чувствовать слабость, усталость и быстрое сердцебиение. Анемию можно исправить переливанием крови или лекарственно. Снижение количества тромбоцитов в крайних случаях может привести к кровотечению – например кровь в моче или красные точки на коже. При любом кровотечении следует срочно обратиться к лечащему врачу. Снижение количества белых кровяных телец приводит к снижению сопротивляемости организма и к инфекции, и вследствие того к высокой температуре. Я знаю, что должен/а сообщить лечащему персоналу о температуре 38° и выше, или обратиться в приемный покой. Явления, свидетельствующие об инфекции в большинстве случаев потребуют лечения антибиотиками – в таблетках, или инфузией, в больнице. Иногда употребляются лекарства для повышения количества белых кровяных телец.
- 4) Часть препаратов химиотерапии вызывают появление язв или болячек на языке или во рту и глотке. Я знаю, что следует сразу об этом сообщить, чтобы получить лечение.
- 5) Протекание лекарств из вены приводит иногда к образованию раны или местного некроза. Я знаю, что следует срочно сообщить о боли на месте инфузии, которая появляется во время получения лекарств.
- 6) Также, мне объяснили, что:
 - а) У специфических лекарств есть особые побочные явления, не упомянутые выше, как например: повреждение сердечной мышцы, повреждение легких, почек, повреждение слуха, нервной системы, фертильности, а у детей – нарушения роста и развития. Я знаю, что получу более подробную информацию, если мне будут назначены эти лекарства.
 - б) Существует небольшая вероятность развития второй злокачественной болезни вследствие химиотерапии.
 - в) При комбинации нескольких препаратов иногда есть особые побочные явления или мощность истекающая из особой комбинации. Я получу дополнительные разъяснения если мне будет назначена подобная комбинация.
 - г) В редких случаях могут быть очень тяжелые побочные явления, которые могут привести к смерти.
 - д) Иногда для лечения побочных явлений нужна госпитализация.

1997 אפריל / OONCO/TRT/CHM/0014

Я даю здесь свое согласие на проведение лечения.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

החברה הישראלית לאונקולוגיה קלינית ורדיותרפיה

האיגוד הישראלי להמטולוגיה ולעירוי דם

החברה הישראלית להמטולוגיה ולאונקולוגיה ילדים

Я знаю, и согласен/а с тем, что лечение, и все дополнительные действия будут исполнены теми, кому будут поручены, согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения и мне не обещано, что они будут исполнены полностью или частично кем-то именно, при условии, что они будут проведены с принятой ответственностью и в рамках закона.

_____	_____	_____
подпись пациента/כי חתימת החולה	время שעה	дата תאריך
_____		_____
имя опекуна (родство) אפוטרופוס		подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ה לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
_____	_____	_____
מס' רשיון	חתימה	שם הרופא/ה *מחק/י את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

החברה הישראלית לאונקולוגיה קלינית ורדיותרפיה
האיגוד הישראלי להמטולוגיה ולעירוי דם
החברה הישראלית להמטולוגיה ולאונקולוגיה ילדים