

טופס הצהרה והסכמה לקבלת טיפול תרופתי בעירוי במסגרת ביתית

לכבוד
בי"ח _____

לכבוד

צוות מטפל במחוז _____

שם החולה: _____

שם משפחה ופרטי

ת.ז. _____

כתובת

מבוטח בקופת חולים _____

אני הח"מ מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי קיבלתי הסבר מפורט מד"ר _____

שם משפחה ופרטי

ומהאחות

שם משפחה ופרטי

מחלקה/מרפאה *

בית חולים/מחוז *

אודות מצבי הרפואי/מצבו הרפואי של החולה * והטיפול לו אני/החולה זקוק/ה, לרבות קבלת תרופה מסוג: _____ בעירוי לוריד (להלן "הטיפול")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הטיפול, לרבות _____

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול, לרבות _____

ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לקבלת הטיפול.

הוסבר לי ואני מאשר/ת ומבין/ה, כי קיימת אפשרות לקבל את הטיפול בבי"ח במסגרת אשפוז וכי קיימת אפשרות לקבל את הטיפול במסגרת ביתית באמצעותי ו/או באמצעות "מטפל עיקרי" (בן משפחה או אדם אחר שנבחר על ידי) ואני מבקש, כי הטיפול יינתן לי/לחולה* ע"י _____

שם משפחה ופרטי תעודת זהות

הנני מצהיר/ה ומאשר/ת, כי מאחר ועל פי שיקול הדעת המקצועי של רופא ואחות ביה"ח ושל רופא ואחות הקהילה/רופא ואחות הקהילה*, קיימים תנאים סביבתיים מתאימים לקבלת הטיפול בבית/בבית אחר (פרטי) _____ בחרתי ואני מסכים/ה מתוך רצון חופשי להשתחרר/לשחרר* את החולה מביה"ח ולבצע את הטיפול מתחילתו בבית, כאמור במסגרת שירותי הרפואה הקהילתית, כל זאת לאחר שקיבלתי הסבר והדרכה מפורטים בע"פ ובכתב על הפעולות הדרושות לביצוע הטיפול הביתי, לרבות דרכי הטיפול והשימוש במכשירים: _____

(פרטי/י שם)

המכשירים).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת, כי כל פרט שמסרתי לביה"ח לגבי/לגבי החולה*, לרבות אפשרות קבלת סיוע מבני משפחה או קרובים אחרים הינו נכון ומדויק וכי אדווח מיד לביה"ח/לקהילה על כל שינוי שיחול.

הובהר לי, כי מחובתי להודיע מיד על שינוי בזהות המטפל בי לצוות המטפל בקהילה ובמידה ולא אעשה כן אהיה אחראית/אחריות באופן בלעדי לכל נזק העלול להיגרם לי בקשר עם הטיפול והנני מסיר בזאת כל אחריות שהיא משירותי בריאות כללית בקשר לכך.

הוסבר לי ואני מבין/ה ומתחייב/ת, כי בכל מקרה של סיבוך ו/או תחושה רעה ו/או תחושה שונה מן הרגיל ו/או בכל ארוע שונה מהרגיל במהלך ו/או בקשר עם הטיפול במסגרת הביתית עלי להתקשר לגורם בקהילה בטלפון מס' _____ או לביה"ח בטלפון מס' _____ או לפנות לחדר מיון והכל באופן מיידי.

תאריך (נפש) / חתימת החולה / שם האפוסטרופוס (קירבה) / חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה)

אני מאשר/ת, כי מסרתי מידע רפואי והסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה זו בפני, לאחר ששוכנעתי, כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה / מס' רשיון / מחלקה/מרפאה/יחידה* / חתימת הרופא/ה

אני מאשר/ת, כי הסברתי לחולה/לאפוסטרופוס של החולה הסבר מפורט ביחס לטיפול האמור לעיל, לרבות בקשר לשימוש במכשירים הנזכרים לעיל וכן כי הוא/היא עבר/ה הדרכה מפורטת ומעשית באמצעותי בקשר לקבלת הטיפול במסגרת ביתית וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה זו בפני לאחר ששוכנעתי, כי הבין/ה את הסברי ואת ההדרכה הנ"ל במלואם.

שם אחות / מס' רשיון / מחלקה/מרפאה/יחידה* / חתימת האחות

* מחקי את המיותר
**יש להחתים את לקוחות שירותי בריאות כללית על שלושה טפסים זהים (3 עותקים):
(1) ישמר בתיק הרפואי בביה"ח (במידה ומדובר בחולה ששחרר מבי"ח).
(2) יועבר לגורם הקהילתי האחראי על המשך הטיפול במסגרת הביתית אליו משתייך/ת הלקוח/ה.
(3) ימסר לחולה או אפוסטרופוסו.

**במידה והטיפול מתבצע ע"י "מטפל עיקרי", יש להחתים אותו על טופס הסכמה (נספח א) בנוסף על הסכמת החולה/אפוסטרופוסו דלעיל.

טופס 81083

שם מבצע הטיפול:

שם ושם משפחה ת.ז. כתובת

אני הח"מ מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי קיבלתי הסבר מפורט מד"ר _____ שם משפחה ופרטי

ומהאחות _____ שם משפחה ופרטי מחלקה/ מרפאה* בית חולים/מחוז*

אודות מצבו הרפואי של החולה _____ שם משפחה ופרטי _____ ת.ז. ומהות הטיפול לו

הוא/היא זקוק/ה, לרבות קבלת תרופה/ות מסוג: _____ בעירו לוריד ("להלן: "הטיפול").

כן הנני מצהיר/ה בזאת, כי קיבלתי הסבר והדרכה מפורטים בע"פ ובכתב על הפעולות הנדרשות לביצוע הטיפול הביתי, לרבות דרכי הטיפול והשימוש במכשיר/ים: _____ .

והנני מסכים מרצוני החופשי לבצע הטיפול.

חתימת מבצע הטיפול

תאריך

אישור על הדרכת מטפל עיקרי

אני מאשר/ת, כי הסברתי למבצע הטיפול הנ"ל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה זו בפני, לאחר ששוכנעתי, כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא מס' רשיון מחלקה/מרפאה/יחידה* חתימת הרופא/ה

אני מאשר/ת, כי הסברתי למבצע הטיפול הנ"ל הסבר מפורט ביחס לטיפול האמור לעיל, לרבות בקשר לשימוש במכשיר/ים הנזכר/ים לעיל וכן כי הוא/היא עבר/ה הדרכה מפורטת ומעשית באמצעותי בקשר לקבלת הטיפול במסגרת ביתית וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה זו בפני לאחר ששוכנעתי, כי הבין/ה את הסברי ואת ההדרכה הנ"ל במלואם.

שם האחות מס' רשיון מחלקה/מרפאה/יחידה* חתימת האחות

*מחקי את המיותר

** יש להחתים את מבצע הטיפול על שלושה טפסים זהים (3 עותקים):

- 1 - ישמר בתיק הרפואי של החולה בביה"ח (במידה ומדובר בחולה ששחרר מבי"ח).
- 2 - יועבר לגורם הקהילתי האחראי על המשך הטיפול במסגרת הביתית אליו משתייך/ת המבוטח/ת;
- 3 - יישמר לחולה/ אפוטרופסו.