

מס' חוזר מרוכז : 8/2020	נושאים ותתי נושאים : • סיעוד בקהילה   טיפול בית, המשך טיפול	
תאריך : 24/5/2020		
עמוד 9 מתוך 10		
שם ההנחיה : טיפול תרופתי תוך ורידי ופעולות נוספות המאושרות לטיפול ביתי		

**נספח מס' 2 – טופס "הצהרה והסכמה לפעולה טיפולית ע"י מטופל /אמטורופוס/מלווה אישי/מטפל עיקרי במסגרת ביתית (81096)**

לכבוד  
צוות מטפל  
במרפאה /יחידה/מחלקה  
מחוז/בי"ח

שם המטופל :

שם משפחה ופרטי

ת.ז.

כתובת

אני הח"מ מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי קיבלתי הסבר מפורט מ-

שם משפחה ופרטי

מרפאה / יחידה/מחלקה מחוז/ בי"ח

אודות הפעולה הטיפולית לה אני / המטופל/ זקוק/ה לאור מצבי הרפואי/מצב/ה הרפואי של המטופל, כמפורט להלן\*\* :

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, תופעות הלוואי וסיבוכיה האפשריים של הפעולה הטיפולית לרבות,

ואני נותן/ת הסכמתי לטיפול.

הוסבר לי ואני מאשר/ת כי קיימת אפשרות לקבל את הטיפול במסגרת ביתית באמצעות מטפל עיקרי ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע עצמי של הפעולה או לקבלת הפעולה הטיפולית במסגרת ביתית באמצעות מלווה אישי/מטפל עיקרי, ואני מבקש/ת, כי היא תינתן ל/למטופל/ ע"י

שם משפחה ופרטי תעודת זהות/דרכון

כמו כן אני מאשר/ת כי קיבלתי הסבר והדרכה מפורטים מ- על הפעולות

הטיפוליות הדרושות לביצוע הטיפול הביתי, לרבות דרכי השימוש במכשירים :


(פרטי שם המכשירים)

ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לקבלת הפעולה הטיפולית במסגרת ביתית באמצעות מלווה אישי/מטפל עיקרי, ואני מבקש/ת, כי היא תינתן ל/למטופל/ ע"י

תעודת זהות/דרכון

שם משפחה ופרטי

הובהר לי, כי מחובתי להודיע מיד על שינוי בזהות המלווה האישי/המטפל העיקרי לצוות המטפל בקהילה ובמידה ולא אעשה כן אחיה אחראית באופן בלעדי לכל נזק העלול להיגרם ל/למטופל בקשר עם הפעולה הטיפולית ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי שירותי בריאות כללית בקשר לכך.

מס' חוזר מרוכז : 8/2020	נושאים ותתי נושאים : • סיעוד בקהילה   טיפול בית, המשך טיפול	
תאריך : 24/5/2020		
עמוד 10 מתוך 10		
שם ההנחיה : טיפול תרופתי תוך ורידי ופעולות נוספות המאושרות לטיפול ביתי		

הוסבר לי ואני מבינה ומתחייבת, כי בכל מקרה של סיבוך ו/או תחושה רעה ו/או תחושה שונה מן הרגיל ו/או בכל אירוע שונה מהרגיל במהלך ו/או בקשר עם הטיפול במסגרת הביתית עלי להתקשר לגורם המטפל בקהילה בטלפון מס' \_\_\_\_\_ או לביה"ח בטלפון מס' \_\_\_\_\_ או לפנות לחדר מיון באופן מיידי.

תאריך	חתימת המטופל	שם האפוטרופוס (קרבה) / מיופה כוח (עפ"י חוק זכויות החולה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש) / מיופה כוח
-------	--------------	--	---

שם מטפל עיקרי \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. / דרכון \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

אני מאשרת, כי הסברתי למטופל/למיופה כוח/ לאפוטרופוס של המטופל/למטפל עיקרי\* הסבר מפורט ביחס לפעולה הטיפולית האמורה לעיל לאור מצבו הרפואי לרבות סיבוכיה האפשריים וכן ניתן הסבר בקשר לשימוש במכשירים הנזכרים לעיל וכן כי הוא/היא עברה/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 במלואו.

שם האחיות / מרפאה / יחידה / מחלקה	מספר רישיון	חתימה וחותמת האחיות
-----------------------------------	-------------	---------------------

\* מחקלי את המיותר.  
\*\* יש לרשום בגוף הטופס את הפעולה/ות הנדרשת/ות לטיפול מתוך הרשימה שלהלן :

- \_ טיפול תרופתי תוך ורידי
- שאיבת הפרשות דרך טרכאוסטומי
- חיבור וניתוק ממכונת הנשמה לצורך שאיבת הפרשות
- צנתור שלפוחית השתן
- האכלה דרך זונדה או גסטרוסטום
- מתן חמצן
- ביצוע חוקן
- ביצוע בדיקה בדקירה של רמת הסוכר והזרקת אינסולין על פי הוראה
- החזרת קנולה למקומה כפעולה מצילת חיים

הערה : יש להחתים את המטופל/אפוטרופוס/ מיופה הכוח /מטפל עיקרי על שלושה טפסים זהים (3 עותקים).

- (1) ישמר במרפאה / יחידה/מחלקה אליה משויך/ת החולה.
- (2) ימסר למטופל/ אפוטרופוס/ בא כוחו.
- (3) יימסר למלווה האישי.