


<b>הוראת אגף רפואה</b>					
<b>טיפול תרופתי תוך ורידי בבית המטופל בשיטת ה- self care הניתן באמצעות חברה חיצונית</b>			<b>שם ההוראה</b>		
<b>מספר דפים</b>	<b>מהדורה</b>	<b>תחולה</b>	<b>מספר הוראה</b>	<b>התחום</b>	<b>א ג ף</b>
עמוד 1 מתוך 1	1	15.1.2005	9-04	טיפול תרופתי ביתי	רפואה

**טופס הצהרה והסכמה לקבלת טיפול תרופתי תוך ורידי במסגרת ביתית בטיפול עצמי**

**שם המטופל:** \_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון בית: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_

**שם של אחר משמעותי:**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_ קרבה: \_\_\_\_\_

**הגורם המפנה**

שם בית החולים: \_\_\_\_\_ מחלקה/מרפאה/יחידה: \_\_\_\_\_

שם הרופא בקהילה ומקצועו: \_\_\_\_\_ סניף/מחוז: \_\_\_\_\_

אני הח"מ, לאחר שקיבלתי הסבר מפורט מדר' \_\_\_\_\_, ולאחר שהועברה לי הדרכה מפורטת על ידי האח/ות: \_\_\_\_\_ ביחס למעבר למסלול הטיפול הביתי על ידי חברת: \_\_\_\_\_, מצהיר בזאת כדלקמן:

1. כי הוסבר לי התוצאות המקוות, הסיכונים הסבירים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מתהליכים אלה והבדיקות הכרוכות בכך.
2. כי הוסבר לי בעל פה וכתב ואני מבין/ה כי כרוכים בטיפול הביתי סיכונים אשר מהותם הוסברה לי וכי קיבלתי הדרכה מלאה ומפורטת אותה הבנתי ביחס לדרכי ההתמודדות והטיפול העצמי עם אותם מצבים.
3. כי הוסבר לי בעל פה וכתב ואני מבין/ה מהן הפעולות אותן צריך/כה אני לבצע במסגרת הטיפול הביתי, לרבות שמירה על היגיינה, ניקיון, חיבור, ניתוק והחלפת שקית העירוי, ביצוע שטיפה בגמר העירוי, שמירה על התרופות או נזלי העירוי, שמירה על הצנתר, הימצאות נוכחות של אדם נוסף בזמן ביצוע הפעולות וכל שאר הפעולות הכרוכות בטיפול הביתי והקשורות לשמירת הציוד והצנתר במהלך חיי היום יום בבית.
4. כי הוסבר לי ואני מסכים לכך, כי הטיפול ביחס אליו קיבלתי הסבר יבוצע על ידי או על ידי משמעותי אחר באמצעות חברה חיצונית המוסכמת והמאושרת על ידי מכבי.
5. כי הוסבר לי בעל פה וכתב ואני מבין/ה כי בכל מקרה של בעיות הקשורות לצנתר או/ו לציוד הנלווה עלי לפנות מיידית לחברה, וכי יש לי את האמצעים כולל אנשים השוהים בקרבתני היכולים לסייע לי לצורך כך.
6. כי הוסבר לי בעל פה וכתב ואני מבין/ה כי בכל מקרה של סיבוך ו/או תחושה רעה ו/או בלתי רגילה ושונה מן הרגיל במהלך הטיפול, עלי לפנות בדחיפות לרופא המטפל בבית החולים או בקהילה, וכי יש לי את האמצעים כולל אנשים השוהים בקרבתני היכולים לסייע לי לצורך כך.
7. כי אני מעוניין/ת, רוצה ומסכים/ה לעבור למסגרת הטיפול התרופתי התוך ורידי במסגרת ביתית בשיטת הטיפול העצמי.

שם המטופל	חתימת המטופל	מספר ת.ז.
_____	_____	_____
שם משמעותי אחר	חתימה	מספר ת.ז.
_____	_____	_____

אני מאשר כי הבהרתי בעל פה למטופל / לאפוטרופסו ולאחר משמעותי את כל האמור לעיל, וכי המטופל/אפוטרופסו והאחר משמעותי עברו הדרכה מפורטת באמצעות האח/ות \_\_\_\_\_ ביחס לטיפול הביתי בפירוט הדרוש, וכי הם חתמו על הסכמה והצהרה זו בפני לאחר שהשתכנעתי כי הבין/נה/הבינו את הסברי ואת ההדרכה הנ"ל במלואם.

שם הרופא וחתימתו: \_\_\_\_\_ מספר רישיון: \_\_\_\_\_