

הצהרה והסכמה לפעולה טיפולית ע"י מטופל /אפוטרופוס/מלווה אישי/מטפל עיקרי במסגרת ביתית

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/מצבו/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 לי/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 לי/למטופל* ע"י _____

שם משפחה ופרטי

תעודת זהות/דרכון

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

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, קטין או חולה נפש) / מיופה כוח
-------	--------------	---	--

שם מטפל עיקרי _____ מספר ת.ז. / דרכון _____ חתימה _____

אני מאשר/ת, 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/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 במלואו.

שם האחיות מרפאה / יחידה / מחלקה _____ מספר רישיון _____ חתימה וחתימת האחיות _____

* מחקי 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.