

לכבוד ב"ח / קופת חולים _____

לכבוד היחידה להמשך טיפול במחוז _____

טופס הצהרה והסכמה לקבלת טיפול תרופתי בעירוי במסגרת ביתית

שם החולה: _____ מס ת.ז.: _____

כתובת: _____

מבוטח בקופת חולים: _____

אני ה"מ מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מפורט מד"ר _____

ממחלקה _____ 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 _____

ואני נותן 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 באמצעותי/ואו באמצעות בן משפחה או קרוב אחר במסגרת ביתית.

הנני מצהיר ומאשר/ת, כי מאחר ועל פי שיקול הדעת המקצועי של רופא בי"ח וכן של אחות הקהילה, קיימים תנאים סביבתיים

לקבלת המשך הטיפול בבית/בבית אחר* _____ (פרטי/י), בחרתי ואני מסכים/ה מתוך רצון חופשי להשתחרר/לשחרר

את החולה* מביה"ח ולבצע את המשך הטיפול בבית, כאמור במסגרת שירותי הרפואה הקהילתית לאחר שקבלתי הסבר והדרכה

מפורטים בע"פ ובכתב מהאחות _____ (שם מלא) על הפעולות הדרושות במסגרת 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 על כל שינוי שיחול.

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.

חתימת החולה

תאריך

חתימת האפוטרופוס

שם האפוטרופוס

(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בע"פ לחולה/לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם על הסכמה זו בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

שם הרופא

חתימת הרופא/ה

מחלקה

אני מאשר/ת כי הסברתי לחולה/לאפוטרופוס של החולה* הסבר מפורט ביחס לטיפול האמור לעיל, לרבות 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 לאחר ששוכנעתי, כי הוא/היא הבין/ה את הסברי ואת ההדרכה הנ"ל במלואם.