

## המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

# RADIOTHERAPY טופס הסכמה לטיפול קרינתי

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם משפחה	שם פרטי		

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

על מחלתי הממארת והטיפול בה, וכי הומלץ בפני על קבלת טיפול קרינתי (להלן: "הטיפול").  
 הוסבר לי כי מטרת הטיפול לפגוע בתאים הגידוליים ולהרסם. הטיפול הקרינתי נועד לטפל במחלה או למנוע הישנותה. הוסבר לי כי טיפול קרינתי יכול לפגוע בכל איבר הנמצא בשדה הקרינה. תכנון הטיפול הקרינתי מתבצע כדי לנסות ולהקטין, לצמצם או למנוע נזק אפשרי לאיבר בריא הנמצא בשטח המוקרן. תכנון הטיפול כולל סימולציה ואמצעי הדמיה נוספים כגון CT ו-MRI והזרקה תוך-ורידית של חומר ניגוד בהתאם לצורך, ועל כן עלי להודיע לרופא/ה המטפל/ת ורופא/ת הרנטגן קודם לביצוע הבדיקה עם חומר ניגוד במידה וקיימת אצלי רגישות ליוד. תכנון הטיפול כולל גם סימון שדה הקרינה על-פני העור באמצעות קעקוע או סימנים אחרים העשויים להשאר לצמיתות. יתכן צורך במתן הרדמה או טשטוש וביצוע צילומים לצורך זיהוי המטופל ולתיעוד שדות הקרינה. משך הטיפול יקבע על-פי תוכנית מוגדרת מראש או על-פי תגובת החולה. הוסבר לי שעל פי הידוע כיום, לטיפול קרינתי יש מספר תופעות לוואי אפשריות שחלקן עשוי להופיע חודשים ושנים לאחר מתן הטיפול:

- הקרינה יכולה לגרום לאודם, צריבה וגרד ועד להתכייבות באזור המוקרן. בשלב מאוחר יכולה להופיע התעבות העור והצטלקות, כלי דם מורחבים, שינוי בצבע העור וכיבים כרוניים.
- הקרינה גורמת לנשירת שיער בשדה המוקרן שיכולה להיות זמנית או קבועה.
- יתכנו תופעות של חוסר תיאבון, בחילה והקאות, המלוות בחולשה וירידה במשקל. תופעות אלה הפיכות בדרך כלל.
- לעיתים רחוקות עלולות להיפגע הכדוריות האדומות, הלבנות ו/או תסיות הדם ומספרן יורד זמנית. ירידה במספר הכדוריות האדומות ניתנת לתיקון ע"י מתן מנות דם ו/או אמצעים תרופתיים. ירידה במספר הכדוריות הלבנות יכולה לגרום לירידה בתינגודת הגוף ולהופעת זיהומים. עליית חום עשויה להיות ביטוי לזיהום. ברור לי שעלי להודיע באופן מיידי לצוות המטפל או לפנות לחדר מיון בכל מקרה של עליית חום של 38 מעלות ומעלה. תופעות המעידות על זיהום תחייבנה, לרוב, מתן טיפול אנטיביוטי בבית או באישפוז. לעיתים משתמשים בתרופות להעלאת מספר הכדוריות הלבנות. ירידה במספר התסיות יכולה לגרום, במקרים קיצוניים, לדימום המתבטא בצורות שונות ביניהן הופעת שתן אדום או נקודות וכתמים על פני העור. כל דימום מחייב פנייה מידית למטפל.
- במקרה של אשה בהריון, יתכן נזק לעובר.
- כמו כן הובהר לי כי:

- בהתאם לאזור המוקרן יתכנו תופעות לוואי מיוחדות שלא נזכרו לעיל כגון, נזק לריאות, נזק לקיבה, נזק למעיין, נזק לכליות, נזק לכבד, נזק לעמוד השידרה, נזק לכיס השתן, נזק לפי-הטבעת, פגיעה בעצבים ונזק לפוריות. בילדים – תיתכן פגיעה בגדילה ובהתפתחות. הוסבר לי כי אקבל מידע מפורט יותר בהתאם לאזור המוקרן.
- במקרה שמיפרק או פרקים מצויים בשדה המוקרן תיתכן פגיעה שתגרום לנוקשות הפרק, לכאבים ולדלקת שיביאו להגבלה בתנועה.
- במקרה שעצם או עצמות מצויים בשדה המוקרן תיתכן פגיעה שתגרום לשבר.
- קיימת אפשרות נדירה של הופעת מחלה ממארת שנית באזור הקרינה בעיקר בילדים.
- לעיתים יחייב הטיפול בתופעות הלוואי אישפוז בבית החולים.
- לעיתים רחוקות תופעות הלוואי יכולות להיות קשות במיוחד ואפילו להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)		חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסכרי במלואם.		
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון

\*מחקר/י את המיותר

