

טופס הסכמה לשימוש בקנאביס רפואי

קנאביס רפואי ניתן לטיפול בהתוויות המקובלות שנקבעו על ידי משרד הבריאות אך ישנן גם התוויות נוספות לשיקול הרופא המטפל.

יש לציין את ההתוויה הרלוונטית _____

קנאביס רפואי אינו תרופה וניתן לאחר מיצוי חלופות טיפול מקובלות. דרכי מתן קנאביס רפואי הן: אידוי, שמן, טבליות ודרכים אחרות.

פרטי המטופל/ת: _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____ שם האב _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה על יעילות וסיכונים ועל אופן השימוש בקנאביס רפואי, להלן ה"טיפול העיקרי".

ההסבר ניתן ע"י דר' _____, בעל רישיון רופא מס' _____ ותעודת מומחה ב- _____
שם מלא _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: ירידה בלחץ דם, דופק מואץ או דפיקות לב, ירידה ברמות הסוכר בדם, הופעת תאבון מוגבר, ישנוניות, עייפות או נמנום, סחרחורת, יובש או אדמומיות בעיניים, טשטוש ראייה, יובש בפה, עייפות, כאב ראש, חוסר יציבות או ליקוי בקואורדינציה מוטורית, שינויים קוגניטיביים כגון איבוד זיכרון בטווח הקצר, פגיעה בקו מחשבה רצוף ושינויים בתפיסת הזמן והמרחב, פגיעה בריכוז או בשיקול הדעת, וכן בלשון הדיבור. הרגשת "כבדות" או ריחוף, אופוריה.

כמו כן הוסברו הסיכונים המתוארים בספרות ואשר עלולים להתפתח לאחר שימוש ארוך טווח והם פגיעה ביכולות קוגניטיביות, התפתחות או החמרה של סכיזופרניה, פסיכوزה, מחלות פסיכיאטריות אחרות, התמכרות ושימוש לרעה, כמו גם אירועים טרומבו-אמבוליים ואירועים מוחיים עם פגיעה נירולוגית קשה ועד מוות.

הוריות נגד לשימוש בקנאביס רפואי הן אלרגיה למרכיבי תכשיר הקנאביס, סכיזופרניה ופסיכוזה. בהריון והנקה מומלץ להפסיק את צריכת הקנאביס ולקבל יעוץ טרטולוגי וגינקולוגי, בגלל העדר מידע.

הוסבר לי שיש חשיבות ראשונה במעלה למסירת פרטים מלאים אודות מצבי הבריאותי וההיסטוריה הרפואית שלי וכן התרופות אותן אני נוטל/ת, רגישויות (אלרגיות) לתרופות ולמזון. אני מתחייב/ת לשתף את הרופא על כל שינוי במצבי הנפשי והגופני בין אם הופיע בעקבות או למרות השימוש בקנאביס וכן בכל תופעות הלוואי בעקבות הטיפול.

הוסבר לי כי שימוש בקנאביס רפואי מותנה ברישיון משרד הבריאות וכי כל הפרה של תנאי רישיון ו/או חוסר ביצוע מעקב רפואי והמצאת אישורים רלוונטיים, הם עילה להפסקת רישיון.

הוסבר לי כי בהתאם לתקנות התעבורה והנחיות משרד הבריאות, חל איסור על נהיגה כל עוד בגופך יש חומרי לוואי של קנאביס.

הוסבר לי כי הפצה, שיתוף או מכירה של קנאביס הינה בניגוד לחוק, כמו כן אין להוציא את מוצרי הקנאביס מחוץ לישראל.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי אני נותן/ת את הסכמתי לשימוש בקנאביס רפואי וזאת לאחר שקראתי והבנתי את המידע, ההתניות והאזהרות הכתובים לעיל.

_____ תאריך _____ שם המטופל/ת _____ מס' תעודת זהות _____

חתימת המטופל/ת

במקרה של אפוטרופוס

_____ שם האפוטרופוס _____ מס' תעודת חתימה _____

חותמת וחתימת הרופא

