

טופס הסכמה: טיפול באסקטמין

מדבקה

- במכון לגריה מוחית, ניתן יעוץ וטיפול לסובלים מדיכאון עמיד לטיפול המקובל. המכון אינו מחליף את הפסיכיאטר המטפל בחולה.
- אסקטמין היא תרופה שהוכיחה כיעילה בחלק מהחולים בהם טיפול תרופתי מקובל לא הביא להקלה בדיכאון.
- אסקטמין ניתן כתרסיס לאף, הפעולה מתבצעת ע"י המטופל עצמו לאחר שקבל הדרכה מצוות המכון ובהשגחתו. לאחר קבלת התרסיס, המטופל נשאר בהשגחת צוות המכון למשך שעתיים.
- הטיפול ניתן פעמיים בשבוע במשך ארבעה שבועות, לאחר מכן פעם בשבוע או פעם בשבועיים.

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

- אני מאשר כי ניתן לי הסבר מפורט כיצד להשתמש בתרופה אסקטמין וכן הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות:
1. התרופה תינתן לאחר צום במשך שעתיים והימנעות משתייה במשך שלושים דקות שלפני מתן התרופה כדי למנוע הקאה.
 2. מטופל המשתמש בתרסיס לאף למניעת גודש או בתרסיס המכיל סטרואידים, חייב להימנע משימוש בתרסיס בשעה שלפני נטילת תרסיס אסקטמין.
 3. לאחר קבלת התרסיס, אסור לנהוג ברכב או להפעיל מכשור. המטופל חייב לבוא לטיפול בחברת מלווה.
 4. צריכת אלכוהול אסורה 24 שעות לפי הטיפול ו-24 שעות לאחריו.
 5. **תופעות לוואי אפשריות:**

- סחרחורת.
- תחושה של אובדן קשר למציאות, ניתוק ריחוף.
- ישנוניות, נטייה להירדם.
- בחילה.
- כאב ראש.
- עליה בלחץ הדם ובדופק. לחץ הדם ייבדק, בכל מטופל, לפני הטיפול.
- הריון והנקה – בתקופת הריון והנקה אין להשתמש בתרסיס. נשים בגיל הפוריות חייבות לקבל, במהלך הטיפול באסקטמין, אמצעי מניעה. ניסיון כניסה להריון רק כששה שבועות לאחר סיום הטיפול.

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי הבנתי את ההסברים ובזה ניתנת הסכמתי לטיפול באסקטמין.

תאריך _____ / _____ / _____ שעה _____ חתימת המטופל/ת _____
שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, חולה נפש) _____

אני מאשרת/י כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/ היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רישיון _____

* מחק/י את המיותר העתקים: 1. מטופל/ת 2. תיק מטופל/ת