

## טופס הסכמה לטיפול ב - METHOTREXATE בהריון חוץ רחמי.

METHOTREXATE הינו תכשיר הניתן במתן תוך ורידי או תוך שרירי לשם טיפול בהריון חוץ רחמי.

שם: המטופלת \_\_\_\_\_ משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ מדבקה \_\_\_\_\_

הנני מצהירה ומאשרת כי קבלתי הסבר בעל פה מפי ד"ר \_\_\_\_\_ על הטיפול בהריון חוץ רחמי ע"י מטורקסט.

הוסבר לי כי מתן התרופה נועד לטפל בהריון החוץ רחמי ללא צורך בטיפול כירורגי, וכי לטיפול זה שיעור הצלחה של 70-80%. כמו-כן ידוע לי כי לטיפול זה עלולות להיות תופעות לוואי שונות התלויות במינון התרופה, כגון: דלקת של רירית הפה, בחילות, מיחושים בבטן, שלשול, דיכוי מוח עצם, עיפות, חולשה, חום וצמרמורות. במקרים נדירים עלולות להיות תופעות נוספות הכוללות פריחה עורית, פגיעה כבדית, פגיעה כלייתית, דימום, כאבי ראש, טשטוש ראייה, פגיעה ריאתית ופגיעה במערכת עצבים מרכזית. כל תופעות הלוואי האלו הן נדירות בטיפול במינון הנמוך אותו תקבלי.

הוסבר לי כי ייתכן והטיפול יכשל. במקרה כזה יהיה צורך בזריקה נוספת או מעבר לשיטת טיפול כירורגית (ניתוחית), וכן יתכן דימום תוך בטני ו/או כאבים קשים אשר יצריכו ניתוח דחוף תוך כדי מהלך הטיפול.

אני מאשרת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות והסיכונים הכרוכים בהם.

הנני נותנת את הסכמתי לטיפול הנ"ל, אני יודעת ומסכימה כי הטיפול וכל ההליכים הנלווים ייעשו בידי מי שהדבר הוטל עליו בהתאם להוראות ולנהלי המחלקה ובית החולים, ובכפוף לחוק.

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

אני מאשרת כי הסברתי בע"פ לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

\_\_\_\_\_ שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_