

חוזר מס': 3/2014

ירושלים, י"ח שבט, תשע"ד
19 ינואר, 2014

אל: מנהלי בתי החולים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון: הסכמה לקבלת דם ומוצרי

1. רקע:

עירוי דם למטופל הינה פעולה המחייבת זהירות והקפדה בכל שלביה. מתן דם עלול להיות מסוכן אם אינו נעשה כראוי ויכול לגרום לסבוכים ואף למוות. על פי חוק זכויות החולה יש לקבל ממטופל הסכמה מדעת לכל טיפול רפואי ובכלל זה, למתן דם או מוצרי דם. זאת למעט מקרים חריגים בהם מותר לפי חוק לטפל ללא קבלת הסכמה או בניגוד לרצון המטופל.

אף שחוק זכויות החולה אינו קובע כי מתן דם מחייב קבלת הסכמה מדעת בכתב, הוחלט כי לנוכח תקנים בינלאומיים (כגון תקן JCI) ועקב הסיכון בפעולה כאמור לעיל, יש צורך לקבוע נהלים לקבלת הסכמה למתן דם.

2. מטרה:

קביעת תהליך קבלת הסכמה מדעת למתן עירוי דם ו/או מוצרי דם במהלך טיפול רפואי בבית החולים או במסגרת אמבולטורית.

3. עקרונות:

3.1. הוראות רופא בכתב: מתן עירוי דם למטופל ייעשה רק בהוראה כתובה של רופא, ולאחר שנקבע סוג הדם של המטופל (למעט מצב חירום שבו ניתן לתת דם לפני קביעת הסוג לפי ההוראות חוזר 43/2009) ולאחר קבלת הסכמת המטופל.

3.2. קבלת הסכמה מדעת: יש לקבל מהמטופל הסכמה מדעת למתן דם או מוצריו לפני מתן הטיפול, ולאחר שהמטפל מסר לו מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר כדי לאפשר לו להחליט, כמפורט בחוק זכויות החולה. העברת המידע וההחלטה על הטופס כאמור תעשה על ידי הרופא המטפל.

3.3. תיעוד: יש לתעד את הסכמת המטופל למתן דם או מוצריו על ידי החתמתו על טופס הסכמה מדעת וייעודי לנושא (נוסח מוצע לדוגמא – מצ"ב בנספח). על הטופס יחתום הרופא המטפל, והעותק יחתום ישמר בתיקו הרפואי של המטופל.

3.4. מטופל לא כשיר: אם המטופל אינו כשיר לתת הסכמה מדעת (מפאת גילו או מצבו הרפואי וכו') יש לפעול לפי הוראות חוק זכויות החולה לקבלת הסכמת אפוטרופוס או נציג חוקי אחר, או למתן טיפול בלי הסכמה, לפי העניין. כיוון שמתן דם אינו טיפול המנוי בתוספת לחוק, הרי שאם מתקיימות הנסיבות שבסעיף 15(1) לחוק – "לא ידוע על התנגדות אפוטרופוס או שאין כזה", או שמתקיימות הוראות סעיף 15(3) לחוק – "מצב חירום רפואי" – ניתן לטפל גם מבלי למנות אפוטרופוס (למען הסר ספק, ככלל אין צורך למנות אפוטרופוס אם הסיבה היחידה לכך היא לשם מתן דם).

3.5. מועד קבלת ההסכמה:

3.5.1. לגבי מטופלים המאושפזים ביחידות לטיפול נמרץ, כגון: פגים, טיפול נמרץ ילדים ו/או מבוגרים - יש לקבל הסכמה מדעת מהמטופל או אפוטרופסו ולהחתימו על טופס הסכמה בסמוך לקבלת המטופל לאשפוז.

3.5.2. לגבי מטופל מאושפז יש לקבל את הסכמתו למתן דם ומוצריו במהלך כל אשפוז או אשפוז חוזר אם צפוי צורך בעירוי דם או מוצריו במהלך האשפוז. יש לחדש את מתן ההסבר והסכמת המטופל באשר לקבלת דם ומוצריו בכל מקרה בו יש שינוי מהותי בנסיבות הטיפול.

3.5.3. בשירות אמבולטורי יש לקבל את הסכמת המטופל ולהחתימו על טופס הסכמה פעם אחת בכל מחזור טיפולי.

3.6. אי הסכמת המטופל למתן נחוץ של דם ומוצריו:

3.6.1. במקרה בו המטופל אינו מסכים לקבל דם או מוצריו, בניגוד להמלצה הרפואית - יש לציין את סירובו ברשומה הרפואית ולתעד את הפעולות שננקטו. המטופל יתבקש לחתום על טופס סירוב לקבל טיפול רפואי (נוסח מוצע לדוגמא – מצ"ב בנספח). הטופס יחתום ישמר בתיקו הרפואי של המטופל.

3.6.2. אם המטופל הוא קטין, חסוי או אחר והסירוב למתן דם או מוצריו מסכן את חייו או בריאותו למרות ניסיונות שכנוע, יש לערב את עו"ס בית החולים, שתשקול אם יש לערב במקרה עו"ס לפי חוק (פקידת סעד).

3.6.3. אין באמור לעיל, כדי לגרוע מהוראות חוק זכויות החולה לעניין מתן טיפול במצבי סכנה חמורה וחירום, ללא הסכמה, או בניגוד לרצון המטופל.

3.6.4. אין באמור לעיל כדי לחייב מוסד רפואי או מטפל לבצע פרוצדורות רפואיות המחייבות שימוש או אפשרות שימוש בדם או מוצריו, כאשר המטופל מסרב מראש לאפשר כל מתן של דם או מוצריו, אם זהו תנאי שאינו מתיישב עם הסטנדרטים המקצועיים המקובלים, או מנוגד למצפוננו או לשיקולו המקצועי של המטפל; ניתן להשתמש בטיפולים חלופיים למתן דם או מוצריו, אם הם זמינים באופן שאינו מטיל על המטפל או המוסד הרפואי נטל בלתי סביר או מעמיד את חיי המטופל בסכנה מוחשית, לדעת המטפל.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה,



פרופ' ארנון אפק
ראש מינהל הרפואה

העתק : שרת הבריאות
המנהל הכללי
המשנה למנהל הכללי
הנהלה מורחבת
קרפ"ר – צ.ה.ל
רע"ן רפואה – מקרפ"ר
קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
קרפ"ר – משטרת ישראל
רכז הבריאות, אגף תקציבים – משרד הבריאות
יו"ר ההסתדרות הרפואית
יו"ר מועצה מדעית – ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה
מנכ"ל חברת ענבל

סימוכין : 14240613

כתובת אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי מינהל הרפואה וחוזרי
מנכ"ל היא: www.health.gov.il

טופס הסכמה: קבלת עירוי דם או מוצרי

עירוי דם או חלק ממרכיביו כגון תרכיז תאים אדומים, פלזמה טריה, תרכיז טסיות דם, וקריופרציפיטט ניתנים למטופל הזקוק לכך בעירוי לוריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב חסר דם או אחד ממוצריו.

הדם ו/או מוצריו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנוהלי משרד הבריאות. כמו כן נבדקת התאמת העירוי לגוף המטופל המקבל.

עם זאת קיים סיכון קטן ביותר לאי התאמה בין הדם ו/או מוצריו וגוף המטופל וכתוצאה מכך עלולה להתרחש תגובה המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות מתרחשת תגובה המוליטית אשר עלולה להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת הדם ובדיקתו בבנק הדם מתבצעת בשיטות העדכניות ביותר לאיתור וירוסים קיים סיכוי קטן לכך שהדם ו/או מוצריו יכילו וירוס העלול לחדור לגוף המטופל מבלי שיזוהה כזיהום במהלך תקופה של חודשים או שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) בדרך זו והסיכוי להידבק בנגיף הכשל החיסוני - קיימים אך נדירים.

עם זאת, הסיכון שלא לקבל דם ו/או מוצריו בזמן ניתוח או טיפול רפואי עולה בהרבה על הסיכון בקבלת הדם ו/או מוצריו.

שם המטופל _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ תעודת זהות _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט בע"פ _____

מד"ר / פרופ' _____ (שם משפחה) _____ (שם פרטי) _____ תאריך _____

שם הרופא _____ חתימה _____ מס' רישיון _____

על הצורך בקבלת דם ו/או מוצריו לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מתהליכים אלו.

הוסבר לי הצורך לדווח לצוות הרפואי אם מופיעים סימנים חריגים כלשהם תוך כדי מתן העירוי ומהם סימנים אלו. כמו כן ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות על מתן הדם ו/או מוצריו.

עירוי דם ו/או מוצריו באשפוז ובמחלקה לרפואה דחופה; הנני מסכים/ה לקבלת עירוי דם ו/או מוצריו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירוי דם ו/או מוצריו עד תום האשפוז הנוכחי, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודע/ת ומסכים/ה, כי קבלת עירוי הדם ו/או מרכיביו יעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו.

עירוי דם ו/או מוצריו במרפאה – שירות אמבולטורי*; הנני מסכים/ה לקבלת עירוי דם ו/או מוצריו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירוי דם ו/או מוצרים נוספים במשך _____ מתאריך _____ החתימה הנוכחית, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודע/ת ומסכים/ה כי קבלת עירוי הדם ו/או מוצריו יעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות משרד הבריאות ובכפוף לחוק.

טופס סירוב אפוטרופוס לקבלת שירותים רפואיים

לכבוד

הנהלת בית החולים _____

אנו הח"מ _____

מס' ת.ז. _____

מס' ת.ז. _____

הוריו / אפוטרופסיו של _____

מצהיר(ים) בזאת כי אני(ו) מסרבים מתן עירוני דם ומוצריו ל: _____ על פי רצוני(נו) והחלטתי(נו) בלבד, ובניגוד ועל אף הייעוץ וההסברים שקיבלתי(נו) מאת הרופאים המטפלים בו ודרישותיהם שלא לעשות כן.

בiodעי(נו) את מצב בריאות החולה ולאחר שהוסברו לנו הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, הריני(נו) משחרר(ים) את בית החולים וכל רופא או עובד אחר מאחריות כלשהי לאיזו שהן תוצאות העלולות להיגרם עקב אי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, ואין לי(לנו) ולא תהיינה לי(לנו) כלפי בית החולים וכל רופא או עובד אחר מעובדיהם, שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר עם הנ"ל.

האמור במכתב זה מחייב אותי (אותנו) וכל מי שיבוא במקומי (במקומנו).

_____ חתימה
_____ חתימה

_____ אני הח"מ _____ מאשר בזה, כי מר/גב' _____ הנושא/ת שם תפקיד _____
ת.ז. מס' _____ ומר/גב' _____ הנושא/ת ת.ז. מס' _____
אפוטרופסיו של המטופל _____

חתם/ה בפני על מסמך זה מרצוני/ה החופשי ולמיטב התרשמותי, בהיותו/ה בדעה צלולה, בריא/ה בנפשו/ה ומודע/ת למעשיו/ה ולאחר שהוסברו לו/ה הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי הנ"ל.

_____ חתימת העד (רופא)

טופס סירוב מטופל לקבל שירותים רפואיים

לכבוד

הנהלת בית החולים _____

אני הח"מ _____

מס' ת.ז. _____

מצהיר/ה בזאת כי אני מסרב/ת לקבל עירוי דם ומוצרים לפי רצוני והחלטתי בלבד, ובניגוד ועל אף היעוץ וההסברים שקיבלתי מאת הרופאים המטפלים בי ודרישותיהם שלא לעשות כן.

ביודעי את מצב בריאותי ולאחר שהוסברו לי הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, הריני משחרר/ת את ואת בית החולים וכל רופא או עובד אחר מאחריות כלשהי לאיזו שהן תוצאות העולות להיגרם עקב אי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, ואין לי ולא תהיינה לי כלפי בית החולים וכל רופא או עובד אחר מעובדיהם, שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר עם הנ"ל.

האמור במכתב זה מחייב אותי וכל מי שיבוא במקומי.

חתימה

אני הח"מ _____ מאשר בזה, כי המטופל מר/גב' _____
שם תפקיד

הנושא/ת ת.ז. מס' _____ חתם/ה בפני על מסמך זה מרצונו/ה החופשי ולמיטב התרשמותי, בהיותו/ה בדעה צלולה, בריא/ה בנפשו/ה ומודע/ת למעשיו/ה ולאחר שהוסברו לו/ה הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי הנ"ל

חתימת העד (רופא)

תאריך