

טופס הסכמה: למתן חיסון נגד דלקת כבד נגיפית מסוג A HEPATITIS B VACCINATION

חיסונים לנוסעים לחו"ל ניתנים על בסיס המלצת משרד הבריאות בישראל והנחיות ארגון הבריאות העולמי.

שם המטופל: _____
שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מ _____
שם משפחה שם פרטי
על הצורך במתן חיסון נגד **דלקת כבד נגיפית מסוג A** להלן: "החיסון".

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של החיסון לרבות: כאב אודם ונפיחות באזור ההזרקה, כאב ראש, אובדן תאבון, בעיקר אצל ילדים, ועייפות, בעיקר אצל מבוגרים. תופעות אלה מופיעות זמן קצר לאחר מתן החיסון וחולפות בדרך כלל תוך יום או יומיים.

קיימים מקרים בהם תתכן תגובה אלרגית לחומר שהוזרק. התופעות המעידות על אלרגיה הן: קושי בנשימה, צרידות, תחושת נפיחות בגרון, פריחה מורמת ומגרדת, חיוורון, סחרחורת ודופק מהיר. התופעות עלולות להופיע מספר דקות עד מספר שעות לאחר קבלת החיסון. **מקרים אלה דורשים טיפול רפואי דחוף.** קיימים מקרים בהם תופעות האלגיה הקשות שגורמות לנזק גופני ולמוות, כמפורט בטופס ההסבר.

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 למסור לרופא המטפל במרפאה טרם קבלת החיסון את כל הפרטים ולענות באופן מלא על כל השאלות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קראתי את דף ההסבר על החיסון וברור לי שיש לפנות לקבלת רפואי דחוף אם תופענה תופעות אלרגיות לחיסון.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע החיסון.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהחיסון וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק,

תאריך שעה חתימת המטופל

שם האפוטרופוס (קירבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

שם המטופל/ת חתימת המטופל/ת מס' רשיון

הפטיטיס A