#### **טופס התייחסות לניסיון בטיפול בתרופה / טכנולוגיה אחרת**

#### **המועמדת להכללה בסל שירותי הבריאות**

תאריך מילוי הטופס: |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|

**שם התכשיר / הטכנולוגיה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(מספר סידורי ברשימת תרופות / טכנולוגיות שפורסמה באתר האינטרנט \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

התייחסות זאת מולאה ע"י המטופל/ת / בן/ בת משפחה / מטפל/ת

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (אין חובה להזדהות בשם מלא)

שם הממלא/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (אין חובה להזדהות בשם מלא)

# **א. כללי:**

1. נא פרט/י בקצרה במה את/ה חולה, כמה זמן את/ה חולה במחלה ובאיזה מרכזים רפואיים את/ה מטופל/ת או שטופלת בעבר:

|  |
| --- |
|  |

2. מהם הטיפולים שקיבלת עד היום לטיפול במחלה:

|  |
| --- |
|  |

3. שם הטיפול החדש שאותו את/ה מקבל ומשך הזמן שאת/ה מטופל בטיפול זה:

|  |
| --- |
|  |

###### **ב. תיאור חומרת המחלה ברמת המטופל**

תאר את השפעת המחלה על חייך, איכות חייך, מהם האתגרים איתם את/ה מתמודד ומהו ניסיונך עם הטיפולים שקיבלת למחלתך.

יש להתייחס בסעיף זה ל:

\*השפעות של המחלה על חיי השגרה - תסמיני המחלה (לדוגמא קשיים בנשימה, כאב, חולשה, חרדה, בעיה בשליטה בסוגרים), היכולת לעבוד, היכולת לנהוג, השפעה על הביטחון העצמי.

\*פעילויות יומיומיות שמושפעות ע"י הטיפול (פעילויות שאת/ה לא מסוגל לבצע או שאתה כן מסוגל לבצע בזכות הטיפול החדש).

\*השפעות מגבילות של המחלה ברמת ההתנהלות החברתית.

\*מהי התמיכה הנדרשת עבורך, הן ברמה הפיסית והן ברמה נפשית, לצורך תפקוד יומיומי

|  |
| --- |
|  |

###### **ג. השפעת המצב הרפואי על המטופל ועל סביבתו הקרובה**

כיצד משפיעה מחלתך על השימוש במשאבים כספיים, משאבי זמן, וכיצד היא משפיעה על חיי המשפחה שלך:

|  |
| --- |
|  |

**ד. השפעת הטכנולוגיה/התרופה המוצעת להכללה בסל על המטופל ואיכות חייו**

1. אנא פרט את ניסיונך עם התרופה או הטכנולוגיה המוצעת – מה היה מצב מחלתך בעת התחלת הטיפול (שלב מחלה, קו הטיפול), לאורך כמה זמן קיבלת את הטיפול. אם הטיפול הופסק- מה הייתה הסיבה לכך:

|  |
| --- |
|  |

2. באיזו מסגרת קיבלת את התרופה/הטכנולוגיה המוצעת (כגון ניסוי קליני, תכנית חמלה, אישור ועדת חריגים, סל קופה, ביטוח פרטי, מימון עצמי):

|  |
| --- |
|  |

3. מהם היתרונות והחסרונות של הטיפול החדש בהשוואה לטיפול הקודם שקיבלת למחלתך

(אם רלבנטי – יש להתייחס גם לנוחות המתן, משטר מינון, דרך המתן, מקום המתן):

|  |
| --- |
|  |

4. כיצד משפיע הטיפול המוצע על היכולת שלך לעבוד או ללמוד:

|  |
| --- |
|  |

5. כיצד משפיע הטיפול המוצע על סימפטומים (תסמינים) המשפיעים על איכות חייך – הן סימפטומים פיסיים (כגון כאב, עייפות) והן נפשיים (כגון חרדה, דיכאון):

|  |
| --- |
|  |

6. כיצד משפיע הטיפול המוצע על השימוש שלך בשירותי בריאות (כגון ביקורי רופא, אשפוז, טיפולים נלווים):

|  |
| --- |
|  |

7. כיצד משפיע הטיפול המוצע עליך ברמה הכלכלית (כגון עלות הטיפול, אובדן ימי עבודה, חסכונות אפשריים):

|  |
| --- |
|  |

8. כיצד משפיע הטיפול המוצע על היכולת שלך לתפקד באופן עצמאי, לשמור על הכבוד עצמי (dignity), ולתפקד באופן חברתי:

|  |
| --- |
|  |