

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל: 05.01.06	עד תאריך: 01.05.2028	תקף מתאריך: 01.05.2025	תאריך הפצה: 1.3.2021
עמוד 1 מתוך 55	שם הנוהל: הסכמה מדעת		

ניהול שינויים

תאריך	מחבר	תפקיד	מהדורה	מהות השינוי
24.12.2020			1.0	מסמך ראשוני
1.3.2023			1.0	הארכת תוקף הנוהל
01.05.2025			1.0	הארכת תוקף הנוהל

חתימות:

מאשרי הנוהל: חברי ועדת נהלים

תאריך:

שם ותפקיד: ד"ר מילי בר שקד סגנית מנהל בית החולים
שם ותפקיד: רותי לוי סגנית מנהל הסיעוד
שם ותפקיד: אמשיקשוילי רחל ממונה על האקרדיטציה

אישור סופי:

שם המאשר	תפקיד	תאריך	חתימה
פרופ' דורון תודר	מנהל בית החולים	01.05.2022	
יוסף כמאל	אח ראשי	01.05.2022	

תוכן

1. רקע כללי לנוהל:
2. מטרות:
3. הגדרות ומושגים:
4. איזכורים:
5. סמכות ואחריות:
6. שיטה:
7. רישום ודיווח:
8. נספחים:

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 2 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

1. רקע כללי לנוהל:

- 1.1 המרכז הרפואי פועל על פי העקרונות המנחים של "חוק זכויות החולה" ורואה בהסכמה מדעת לטיפול רפואי כלי חשוב לשמירת האוטונומיה של המטופל על גופו וכיבוד רצונו של המטופל ביחס לדרך הטיפול בו.
- 1.2 הסכמה מדעת לטיפול רפואי, ערך יסודי העומד בבסיס "חוק זכויות החולה", קובעת את אופייה של מערכת היחסים בין נותן הטיפול הרפואי לבין המטופל. לשמירה על ערך זה השפעה מרובה על יצירת האמון בין המטופל למטפל ועל שביעות רצונם של המטופלים.
- 1.3 ככלל, כמרכז רפואי הכפוף להסדרים הכלליים בתחום הטיפול הרפואי, המרכז הרפואי יפעל על פי הכללים שהתוו בחוק זכויות החולה ומכוחו. כחוק מיוחד, יחולו ההנחיות וההסדרים שנקבעו בחוק לטיפול בחולי נפש ובתקנות שהותקנו מכוחו, ככל שנקבעו לעניין זה וכן נהלים וחוזרים כנדרש וכמפורט בנוהל זה.

2. מטרות

- 2.1 קביעת העקרונות והכללים המחייבים לקבלת הסכמה מדעת על ידי הצוות המטפל.
- 2.2 הבהרת והכרת החריגים בהם לא ניתן לקבל הסכמה מדעת של המטופל.
- 2.3 הבניית סטנדרטים מחייבים בתהליך קבלת ההסכמה מדעת.
- 2.4 הבניית סטנדרטים מחייבים לתיעוד קבלת הסכמה מדעת ברשומה הרפואית.
- 2.5 עיגון הטפסים הנחוצים להסדרת קבלת הסכמה מדעת במקרים מסוימים כמפורט בנוהל זה.

3. סמכות ואחריות:

- 3.1 אחריות לעדכון הנוהל- מנהל בה"ח ביחד עם ועדת PCC וועדת נהלים.
- 3.2 הסמכות לקביעת הנחיות לקבלת הסכמה מדעת נתונה בידי הנהלת המרכז הרפואי.
- 3.3 האחריות ליישום הנוהל הינה של כלל המטפלים של בית החולים כפי הגדרתם בחוק.
- 3.4 באחריות הרשומות רפואיות – לתעד ולשמור המידע הנוגע לקבלת הסכמה מדעת, להפצת ועדכון הטפסים הרלוונטיים לשם הסדרת קבלת הסכמה מדעת.

4. תחולה

- 4.1 כלל המטפלים בבית החולים.

5. הגדרות ומושגים:

- 5.1 "מטפל" - רופא, רופא שיניים, סטז'ר, אח, מיילד, פסיכולוג, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, קלינאי תקשורת, תזונאי-דיאטן, קרימינולוג קליני, פודיאטר, פודיאטר מנתח, כירורקט, וכן כל בעל מקצוע שהכיר בו המנהל הכללי, בהודעה ברשומות, כמטפל בשירותי הבריאות ובהם רוקח, עוזר רוקח, עובד סוציאלי, אופטומטריסט, טכנאי הנשמה, טכנאי שיניים, סייע לרופא שיניים, מרפא ביצירה בהבעה ובאמנות.
- 5.2 "מטופל" - חולה וכל אדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 3 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת	

- 5.3 "טיפול רפואי" – לרבות פעולות אבחון רפואי, טיפול רפואי מונע, טיפול פסיכולוגי או טיפול סיעודי.
- 5.4 **טיפול רפואי מיוחד** – ניתוחים, למעט כירורגיה זעירה, צינתורים של כלי דם, דיאליזה, טיפול בקרינה מייננת (רדיותרפיה), טיפולי הפריה חוץ-גופית, כימותרפיה לטיפול בתהליכים ממאירים, בדיקת מי שפיר, הפסקת הריון, ניסויים רפואיים וטיפול בנזעי חשמל.
- 5.5 **"מצב חירום רפואי"** – נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף.
- 5.6 **"מידע רפואי"** – מידע המתייחס באופן ישיר למצב בריאותו הגופני או הנפשי של מטופל או לטיפול הרפואי בו.
- 5.7 **"סכנה חמורה"** – נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה לחייו או קיימת סכנה, כי תגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי.
- 5.8 **ועדת אתיקה** – ועדת הפועלת על פי הוראותיו של חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, מטרתה לסייע לצוות בית החולים, למטופלים ולבני משפחותיהם, ולאפשר ביצוע של פעולות מיוחדות, החורגות מכללי האצבע של האתיקה והמשפט הרפואי, במקרים חריגים המחייבים זאת.
- 5.9 **יחידת המיון** – יחידה למיון ראשוני בעת הגעה לבית החולים.
- 5.10 **טנ"ח** – טיפול בנזעי חשמל.
6. **מסמכים ישימים ואסמכתאות:**
- 6.1 [חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996](#)
- 6.2 [חוק לטיפול בחולי נפש התשנ"א-1991](#)
- 6.3 [תקנות לטיפול בחולי נפש התשנ"ב-1992](#)
- 6.4 [תקנות בריאות העם \(טפסי הסכמה\) תשמ"ד-1984](#)
- 6.5 [חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, תשכ"ב-1962](#)
- 6.6 [חוק הנוער \(טיפול והשגחה\), תש"ך-1960](#), סעיף 2 (קטין נזקק)
- 6.7 [חוזר מנהל רפואה "הצגת תעודת זהות לפני ביצוע פעולות רפואיות החייבות בהסכמה מדעת בכתב", מס' 3/2000, מתאריך 20.02.2000](#)
- 6.8 [חוזר המנהל הכללי "בדיקת חולים מחוסרי הכרה או מורדמים", מס' 10/08, מתאריך 27.04.2008](#)
- 6.9 [חוזר מנהל רפואה מס' 9/2010: "מתן העתק טופס הסכמה לטיפול למטופל", מתאריך 17.02.2010](#)
- 6.10 [חוזר מנהל הרפואה "שימוש בטופסי הסכמה בתהליך קבלת הסכמה מדעת לטיפול", מס' 23/2010, מתאריך 13.09.2010](#)

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 4 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

6.11 [חוזר המנהל הכללי "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות", מס' 7/11, מתאריך 03.02.2011.](#)

6.12 [חוזר מנהל רפואה "מתן הסכמה מדעת לטיפול רפואי בשבתות וחגים", מס' 32/2012, מתאריך 13.11.2012.](#)

6.13 [חוזר המנהל הכללי "מיסוד הקשר בין הורים למערכת הבריאות ביחס לילדיהם", מס' 28/09, מתאריך 03.06.2009.](#)

6.14 [חוזר מנהל רפואה "חוק זכויות החולה - הגדרת מטפל", מס' 29/98, מתאריך 21.04.1998.](#)

6.15 [חוזר מנהל רפואה "טיפול בגוף אדם למטרה שאינה רפואית ע"י צוות רפואי", מס' 28/2013, מתאריך 03.10.2013.](#)

6.16 [חוזר מנהל הרפואה "תיקון חוק זכויות החולה: קבלת הסכמה לטיפול בקטין שהורהו הואשם בעבירת מין או אלימות נגדו", מס' 9/2017, מתאריך 27.02.2017.](#)

6.17 [אגף לבריאות הנפש "קבלה ואשפוז בבית חולים", נוהל מס' 51.002, מתאריך: 1.1.2016. \(מהדורה 3\)](#)

6.18 [האגף לבריאות הנפש "יחידות המספקות טיפולים מיוחדים \(טיפול בנזעי חשמל-ECT\), מס' 51.005, מתאריך 1.6.2016. \(מהדורה 4\)](#)

6.19 [נוהל מוסדי- "נוהל הרדמה וטיפול בנזעי חשמל".](#)

6.20 [נוהל מוסדי- "מיון לשם אשפוז בבית החולים".](#)

6.21 [נוהל מוסדי "הנגשה לשונית ותרבותית".](#)

6.22 [נוהל מוסדי- "מדיניות זכויות החולה ומשפחתו"](#)

7. שיטה

7.1 עקרונות:

7.1.1 הנהלת המרכז תדריך את כלל הצוות המטפל לגבי תהליך ההחתמה על הסכמה

מדעת כמפורט בנוהל זה. כל עובד הנקלט בארגון יודרך בנושא "חוק זכויות החולה" ונוהל הסכמה מדעת.

7.1.2 טרם קבלת טיפול רפואי, על המטפל לקבל מן המטופל הסכמה מדעת לקבלתו

של הטיפול. הסכמה מדעת ניתן לקבל בהתנהגות, בעל פה או בכתב, למעט טיפולים לגביהם נקבע מפורשות אחרת בנוהל זה.

7.1.3 נוהל זה יפרט מהם המקרים שאינם דורשים קבלת הסכמה מדעת במרכז הרפואי

וכיצד יש לקבל הסכמה מדעת במקרים בהם החובה קיימת.

7.1.4 ככלל, אין חובה לקבל הסכמה מדעת לבדיקה אמבולטורית כפויה, לקבלה

לאשפוז כפוי, לטיפול באשפוז כפוי ולטיפול חירום בתנאים המפורטים בנוהל זה;

ויש חובה לקבל הסכמה מדעת לבדיקה אמבולטורית בהסכמה, לקבלה לאשפוז

מרצון, לטיפול באשפוז מרצון והסכמה מדעת בכתב לטיפול בנזעי חשמל-ECT.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 5 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

7.1.5 הטפסים המצורפים לנוהל זה, מהווים את כלל טפסי ההסכמה מדעת הנחוצים

לשימוש במרכז הרפואי. אין להשתמש בטפסים אחרים או שונים ואין לבצע

שינויים כלשהם בטפסים אלה או להשתמש בקיצורי ביטויים.

7.1.6 כל מטופל המתקבל לאשפוז במרכז הרפואי יקבל הסבר והדרכה על ידי המטפל

אודות זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית (ראה נספח 9.12).

ההדרכה תכיל הסבר על תהליך קבלת ההסכמה לטיפול. ראה גם נוהל מוסדי

"מדנייות זכויות המטופל ומשפחתו". ההסבר יינתן ככל הניתן גם ל ומשפחתו/

אפוטרופוס/ אחר עיקרי.

7.1.7 יש לידע כל מטופל המתקבל לאשפוז על הסבירות שסטודנטים ישתתפו בהליכי

הטיפול ויש לקבל את הסכמתם לכך, באם המטופל מסרב להשתתפות סטודנטים

בבדיקתו החלטתו תכובד.

7.2 הסכמה מדעת לבדיקה

7.2.1 **בדיקה אמבולטורית כפויה** בהתאם להוראת בדיקה מטעם הפסיכיאטר המחוזי

או בהתאם לצו בית משפט - אין צורך בקבלת הסכמה מדעת לשם ביצוע הבדיקה.

7.2.2 **בדיקה אמבולטורית בהסכמה** - בנסיבות בהן מטופל מגיע לבדיקה שלא

בעקבות הוראת בדיקה או צו בית משפט, יביע בהתנהגותו או בע"פ את הסכמתו

לבדיקה.

7.2.2.1 תיאור הפרטים אשר הביאו למסקנת המטפל כי ניתנה הסכמה מדעת

לביצוע הבדיקה, ופרטי המטפל מקבל ההסכמה יפורטו ברשומה.

7.3 הסכמה מדעת לאשפוז

7.3.1 **קבלה לאשפוז כפוי** : לקבלה לאשפוז כפוי – בהוראת פסיכיאטר מחוזי, בצו בית

משפט, או באשפוז דחוף בידי מנהל (סעיף 5 לחוק טיפול בחולי נפש), אין צורך

בקבלת הסכמה מדעת.

7.3.2 **קבלה לאשפוז מרצון**

7.3.2.1 החליט הפסיכיאטר הבודק ביחידת המיון כי יש מקום לקבלה לאשפוז, יקבל

הסכמת המטופל לאשפוז, המטופל יחתום על טופס הסכמה לאשפוז מרצון

ולקבלת טיפול. נוסח הטופס המחייב לעניין זה, מצורף לנוהל זה **כנספח 9.1**

ומהווה חלק בלתי נפרד מהוראות הנוהל הטופס יתויק בתיק המטופל.

7.3.2.2 מטופל המביע הסכמתו לאשפוז מרצון ועל פי חוות דעת המטפל כשיר למתן

הסכמה מדעת לאשפוז אך מסרב לחתום על טופס, תירשם בקשתו

בפרוטוקול, שייערך וייחתם בידי שני רופאים או בידי רופא ואחות,

והמטופל יאושפז.

7.3.2.3 מטופל שהתקבל לאשפוז מרצון ומונה לו אפוטרופוס לגוף – יש לעדכן את

האפוטרופוס בדבר האשפוז בהקדם. מחלקת האשפוז תקבל את הסכמת

האפוטרופוס לאשפוז ותתועד ברשומה. האפוטרופוס יחתם על טופס

הבקשה לאשפוז.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 6 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

7.3.2.4 בדיקה מרצון ואשפוז מרצון של פסול דין – מחייבת הסכמת האפוטרופוס

באופן בו נקבע לעיל בסעיף 7.3.2.1.

7.3.2.5 בכל מקרה ואפילו אם האפוטרופוס מסכים לאשפוז, אין לקבל לאשפוז

מרצון מטופל, שאינו פסול דין המתנגד לאשפוז.

7.3.2.6 ככל שמטופל מסכים, עם תום אשפוז כפוי, להמשיך באשפוז מרצון, יש

להחתימו על טופס הסכמה לאשפוז מרצון בנוסח **נספח 9.1** ולהודיע על כך

לסיוע המשפטי.

7.3.3 טיפול באשפוז כפוי

7.3.3.1 מטופל שאושפז באשפוז כפוי, בהתאם לחוק לטיפול בחולי נפש, על פי

הוראה של פסיכיאטר מחוזי או צו בית משפט, יקבל טיפול פסיכיאטרי

בהתאם למצבו הרפואי, על אף התנגדותו.

7.3.3.2 עצם אשפוזו של מטופל באשפוז כפוי מכוח הוראת פסיכיאטר מחוזי או צו

אשפוז, אינו משחרר את המטפל מן החובה לקבל הסכמת המטופל מדעת

לכל טיפול רפואי שאינו מהווה חלק מן הטיפול הפסיכיאטרי עצמו והוא

טיפול מקובל וסביר במסגרת אשפוז פסיכיאטרי כפוי.

7.3.3.3 במקרה בו המטופל נזקק לטיפול רפואי שאינו חלק מהטיפול הפסיכיאטרי,

אין להעניק את הטיפול ללא הסכמתו ויש לפעול לפי הכללים למתן טיפול

ללא הסכמה, סעיף 7.4 לנוהל זה.

7.3.4 טיפול באשפוז מרצון

7.3.4.1 טרם קבלת טיפול רפואי, על המטפל לקבל מן המטופל הסכמה מדעת

לקבלתו של הטיפול. הסכמה מדעת ניתן לקבל בהתנהגות, בעל פה או בכתב.

7.3.4.2 מטופל המאושפז מרצונו, לא יקבל טיפול רפואי, למעט טיפול חירום כמפורט

בנוהל זה, אלא אם ניתנה הסכמה מדעת לטיפול.

7.3.4.3 לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו,

באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע, לעניין זה

"מידע רפואי", לרבות :

7.3.4.3.1 האבחנה (הדיאגנוזה) והסכנות (הפרוגנוזה) של מצבו הרפואי של

המטופל ;

7.3.4.3.2 תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של

הטיפול המוצע ;

7.3.4.3.3 הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי

נוחות ;

7.3.4.3.4 סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של העדר טיפול

רפואי ;

7.3.4.3.5 עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 7 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

- 7.3.4.4 ככלל מטפל ימסור למטופל מידע רפואי בתחום עיסוקו בלבד ובתיאום עם שאר חברי הצוות המטפל והאחראי.
- 7.3.4.5 המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי, בשלב מוקדם ככל האפשר, ובאופן שיאפשר למטופל מידע מרבי של הבנת המידע לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות.
- 7.3.4.6 יש ליידע את המטופל בדבר חלופות הטיפול ככל שישנן כולל השלכות הימנעות מקבלת הטיפול.
- 7.3.4.7 המטפל יאפשר למטופל להפעיל שיקול דעת ולהיוועץ בכל גורם שיבחר טרם מתן הסכמה מדעת.
- 7.3.4.8 קבלת ההסכמה תיעשה ככל הניתן טרם קבלת טיפול או תרופות העלולים לשלול את יכולת המטופל להפעיל שיקול דעת להסכמתו.
- 7.3.4.9 ההסבר יבוצע בשפה המובנת למטופל ויבוצע בהתאם למידת ההבנה שהוא מגלה ולשאלותיו. בהסכמת המטופל, ניתן להסתייע במתורגמן למטרה זו, או בשירות מוקד תרגום טלפוני, ראה נוהל מוסדי "הנגשה לשונית ותרבותית".
- 7.3.4.10 ביצוע תהליך קבלת ההסכמה מדעת ברשומה הרפואית. בין היתר, המטפל יתעד את שמו של המטפל מקבל ההסכמה מדעת, שאלות של המטופל שנענו במסגרת התהליך, גורמים בהם נועץ בקבלת ההחלטה, טיפולים חלופיים שהוצעו לו וכדומה.
- 7.3.5 **הסכמה מדעת בכתב לטיפול רפואי מיוחד – נזעי חשמל (ECT)** ראה נוהל מוסדי "הרדמה וטיפול בנזעי חשמל".
- 7.4 מתן טיפול רפואי ללא קבלת הסכמה**
- 7.4.1 מטפל רשאי לתת טיפול רפואי שאינו טיפול רפואי מיוחד, גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל אם נתקיימו כל אלה :
- 7.4.1.1 מצבו הגופני או הנפשי של המטופל אינו מאפשר קבלת הסכמתו מדעת ;
- 7.4.1.2 לא ידוע למטפל כי המטופל או אפוטרופסו מתנגד לקבלת הטיפול הרפואי ;
- 7.4.1.3 אין אפשרות לקבל את הסכמת בא כוחו, אם מונה בא כוח לקבלת טיפול על פי דין, או קבלת הסכמת אפוטרופסו אם המטופל הוא פסול דין.
- 7.4.2 בנסיבות שבהן נשקפת למטופל סכנה חמורה והוא מתנגד לטיפול רפואי, שיש לתתו בנסיבות העניין בהקדם, רשאי מטפל לתת את הטיפול הרפואי אף בניגוד לרצון המטופל אם ועדת האתיקה, לאחר ששמעה את המטופל, אישרה את מתן הטיפול ובלבד ששוכנעה כי נתקיימו כל אלה :
- 7.4.2.1 נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת ההסכמה מדעת ;
- 7.4.2.2 צפוי שהטיפול הרפואי ישפר במידה ניכרת את מצבו הרפואי של המטופל ;

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל: 55	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 8 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת	

7.4.2.3 קיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי ייתן המטופל את הסכמתו למפרע.

7.4.3 בנסיבות של מצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת; טיפול רפואי מיוחד יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת.

7.5 סירוב לטיפול רפואי

7.5.1 מטופל המסרב לטיפול רפואי והצוות הרפואי אינו חושב כי יש לתת את הטיפול הרפואי הנדרש בניגוד לרצון החולה, כלומר אינו עונה לקריטריונים של הפעל אשפוז בכפייה המוגדרים בחוק לטיפול בחולי נפש, יקבל המטופל את כל ההסבר הנדרש כאשר תודגש בפניו משמעות אי קבלת הטיפול. חולה המבקש להשתחרר מאשפוז בניגוד להמלצה הרפואית – יש לפעול על פי נוהל שחרור מאשפוז.

7.6 הימנעות ממסירת מידע רפואי מסוים בעת קבלת הסכמה מדעת

7.6.1 על אף האמור, רשאי המטפל להימנע ממסירת מידע רפואי מסוים למטופל הנוגע למצבו הרפואי, לשם קבלת הסכמה מדעת, אם אישרה ועדת אתיקה כי מסירתו עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל.

7.7 הסכמה מדעת לטיפול שאינו למטרה רפואית

7.7.1 מטפל יקבל הסכמת המטופל מדעת כדין, אף לביצוע טיפול שאינו למטרה רפואית כהגדרתו לעיל לרבות השתתפות במחקר.

7.8 מטופלים לא כשירים

7.8.1 מטופלים שאינם כשירים מבחינה משפטית, מפאת גילם, מצבם הרפואי/ הנפשי/ הקוגניטיבי או מסיבה אחרת נזקקים למינוי אפוטרופוס על גופם.

7.8.1.1 האפוטרופוס לגוף בא במקומו של המטופל לכל דבר ועניין המפורט בנוהל זה, לרבות קבלת ההסבר בנוגע לטיפול הרפואי המוצע על מנת שיוכל לתת הסכמתו מדעת, במקרים הנדרשים יחתום האפוטרופוס על טופס ההסכמה וכיו"ב. על האפוטרופוס להציג צו מינוי מתאים ותעודת זהות לאימות זהותו אל מול צו מינוי האפוטרופוסות.

7.8.1.2 במקרה בו מגיע לטיפול מטופל שמונה לו אפוטרופוס לגוף, יבוא האפוטרופוס במקום המטופל, כאמור לעיל, בכל מקרה בו האפוטרופוס אינו מלווה את המטופל יש לוודא הגעתו לבית החולים. יובהר ויודגש כי גם במקרה בו האפוטרופוס הוא גוף ציבורי / עמותה – **חובה** על נציג הגוף הציבורי להגיע לבית החולים לקבלת מידע רפואי ומתן הסכמה מדעת לטיפול המוצע (ואם יש צורך – לחתום על הסכמה בכתב). עליו להציג צו אפוטרופוסות ומסמך מטעם העמותה, כי הוא נציגה.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 9 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

7.8.1.3 במקרים **חריגים בלבד** בהם האפוטרופוס אינו יכול להגיע לבית החולים, תתאפשר קבלת הסכמה באמצעות פקס או בדרך אחרת, זאת רק בהתקיים כל התנאים הבאים :

- 7.8.1.3.1 עירוב עובדת סוציאלית לבירור נסיבות העניין
- 7.8.1.3.2 הצגת צילום תעודה מזהה יחד עם צו אפוטרופוסות
- 7.8.1.3.3 קבלת אישור הנהלה ע"י עובדת סוציאלית
- 7.8.1.3.4 מידע רפואי הנדרש לצורך מתן הסכמה מדעת יימסר לאפוטרופוס טלפונית על ידי הרופא/רופאים המעורבים בטיפול במטופל, כפי שהיה נמסר אם האפוטרופוס היה נוכח בבית החולים. בכל מקרה, על הרופא לתעד על גבי הפקס ו/או על גבי טופס הסכמה את הנסיבות בגללן לא יכול היה האפוטרופוס להגיע לבית החולים כנדרש, את קיום השיחה הנ"ל וסיכום הדברים שנאמרו בה, להעיד כי הושגה הסכמה מדעת ולחתום בליווי חותמת.

7.8.1.4 מטופל הזקוק לאפוטרופוס וטרם מונה לו כזה או כאשר אין אפשרות ליצור קשר עם האפוטרופוס יש לפנות באופן דחוף לבית המשפט בבקשה למינוי אפוטרופוס למטופל לצורך ביצוע הפעולה הרפואית או בבקשה לאישור ביצוע הפעולה הרפואית הנדרשת. הטיפול בהליך זה באחריות העובדת הסוציאלית.

7.9 הסכמה מדעת לטיפול בקטינים

- 7.9.1 חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, תשכ"ב-1962, קובע כי ההורים הם האפוטרופוסים הטבעיים של ילדיהם הקטינים, כל עוד לא נשללה או הוגבלה אפוטרופוסותם או שנקבע ביניהם הסכם, שאושר כדין ומטיל האחריות בנושא על אחד מהם בלבד וללא קשר לסטטוס המשפחתי שלהם.
- 7.9.2 קטין מוגדר כמי שטרם מלאו לו 18 שנה.
- 7.9.3 יש לוודא זהות ההורים בהתאם לרישום בתעודת הזהות.
- 7.9.4 כל הכללים החלים על אפוטרופוסים לגוף, כאמור בסעיף 7.8 לעיל, חלים גם על הורים או על אפוטרופוס אחר שמונה כדין לקטין.

7.9.5 טיפול מרפאתי

7.9.5.1 שני ההורים אפוטרופוסים - כלל, בכל עניין הנתון לאפוטרופוסות חייבים שני ההורים לפעול תוך הסכמה ; הסכמתו של אחד מהם לפעולתו של רעהו יכולה להינתן מראש או למפרע, בפירוש או מכללא, לעניין מסוים או באופן כללי ; וחזקה על הורה שהסכים לפעולת רעהו כל עוד לא הוכח היפוכו של דבר. בכל מקרה בו מגיע קטין לבית החולים יש לעשות מאמץ לאתר את שני ההורים. עם זאת, יש לפעול בהתאם לכללים הבאים :

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 10 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

- 7.9.5.1.1 בעניין שלא סובל דיחוי - רשאי כל אחד מההורים לפעול על דעת עצמו. יש ליידע בדיעבד את ההורה השני לפי הכללים לייזום מתן מידע.
- 7.9.5.1.2 בטיפול שגרתי – מותר להסתפק בקבלת הסכמת אחד ההורים אלא אם ידוע לצוות המטפל (כגון מהעבר הטיפולי) על התנגדותו של ההורה השני לטיפול או לסוג הטיפול.
- 7.9.5.2 אינם מנהלים משק בית משותף (גרושים, פרודים ושאינם נשואים) –
- 7.9.5.2.1 יש לעשות מאמץ לקבל את הסכמת שני ההורים ובתנאי שעל פי שיקול דעתו של איש המקצוע, המתנה לקבלת הסכמת שני ההורים אינה עלולה לפגוע במטופל.
- 7.9.5.2.2 פניה ישירה לבית החולים של הורה בבקשה לקבל הסכמה לכל טיפול:
- 7.9.5.2.2.1 במקרים בהם ההורה שאינו נוכח בעת הטיפול פנה באופן ישיר ומפורש לבית החולים וביקש לקבל הסכמתו לגבי כל טיפול- ובלבד שלפי שיקול דעתו של איש המקצוע ההמתנה לקבלת הסכמת שני ההורים אינה עלולה לפגוע במטופל, יש לדאוג לקבל הסכמת שני ההורים.
- 7.9.5.3 שלילת אפוטרופוס לאחד מהם
- 7.9.5.3.1.1 טיפול רפואי בקטין שהורה הורשע ומואשם בביצוע עבירת מין או אלימות כלפיו, אין להורה זה הרשאה לחתימה. על ההורה להציג אישור מהפרקליטות אודות שלילת האפוטרופוסות מההורה השני.
- 7.9.5.3.1.2 בכל מקרה אחר בו נשללה אפוטרופוסות הורה על ידי גורם מוסמך – בימ"ש, ביה"ד השרעי – אין צורך לקבל הסכמת ההורה שנשללה אפוטרופוסות.
- 7.9.6 **אשפוז מחלקת נוער**
- 7.9.6.1 באם הוחלט על אשפוז מרצון, ההסכמה על האשפוז היא של שני ההורים כאשר גיל הילד הוא מתחת ל-15 שנים. כאשר גיל הילד הוא מעל 15 שנים נדרשת הסכמה לאשפוז של שני ההורים והנער ושניהם יחתמו על הטופס.
- 7.9.6.2 במידה וצד אחד אינו מסכים, שיקול הדעת הוא עמידה בקריטריונים לאשפוז ע"פ חוק לטיפול בחולה נפש 1991. באם הנער אינו עומד בקריטריונים אבל קיימת הפרעה לסיכון התפתחותי יש לפנות לחוק הנוער (טיפול והשגחה).

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 11 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

7.9.6.3 קטין שמלאו לו 15 לא יאושפז נגד רצונו אפילו אם האחראי עליו הסכים לכך, אלא לפי הוראת בימ"ש שיינתן על פי חוק הנוער (טיפול והשגחה), הוראת פסיכיאטר מחוזי או הוראת מנהל.

7.9.6.4 מלאו לקטין 15 שנים רשאי לבקש להתאשפז מרצונו בבית החולים ולתת הסכמתו לאשפוז. בהעדר הסכמת אחראי עליו, לא יאושפז אלא באישור בית משפט לפי חוק הנוער (טיפול והשגחה).

7.9.6.5 במקרה של התנגדות אחד ההורים – אין לתת את הטיפול הרפואי, אלא באישור של בית המשפט. במצב זה, על ההורה שמסכים לטיפול הרפואי לפנות לבית המשפט על מנת לקבל החלטה בנושא, סימוכין 6.6.

7.9.6.6 במקרה של התנגדות שני ההורים – גם במקרה זה, אין לתת את הטיפול הרפואי, אלא באישור בית המשפט.

7.9.6.7 במקרים אלה, יש לערב את העובדת הסוציאלית של המחלקה לצורך המשך טיפול.

7.9.6.8 לצורך השתתפות במחקר רפואי - נדרשת חתימת שני ההורים על טופסי ההסכמה.

8. רישום ודיווח:

7.1 חלה חובה על הרופא המטפל או כל איש צוות מטפל אחר לתיק המטופל את טופס ההסכמה החתום.

7.2 על הרופא המטפל או כל איש צוות מטפל אחר לתעד ברשומה הרפואית כי נמסר למטופל ומשפחתו המידע הנדרש לצורך קבלת הסכמתו. התייעוד יכלול את שמו המלא וחתימתו, יצוינו הפרטים אודות השיחה שהתבצעה, הנוכחים בשיחה וכן אם היו קימות מגבלות המשפיעות על ההסכמה (שפה/ פגיעה חושית) וכיצד נפתרו (מתורגמן).
7.3 במקרים המבטלים את הצורך בקבלת הסכמה לטיפול יש לציין את סטאטוס האשפוז.

9. הכשרה והדרכה

9.1 כל המטפלים במרכז יידרשו לקרוא ולאשר בחתימתם ידיעת תכני הנוהל.
9.2 הממונים הישירים במרכז יהיו אחראים להחתמת המטפלים על הצהרה כי הם בקיאים בנוהל, ולבדיקת ידיעותיהם בנושא.

10. נספחים:

- 9.1 הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול בעברית
- 9.2 הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול באנגלית
- 9.3 הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול ברוסית
- 9.4 הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול בערבית
- 9.5 הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול באמהרית

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 12 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

- 9.6 הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול בספרדית
- 9.7 הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול בצרפתית
- 9.8 הסכמה הורה/ אפוסטרופוס לטיפול אמבולטורי עבור קטין בעברית
- 9.9 הסכמה הורה/ אפוסטרופוס לטיפול אמבולטורי עבור קטין באנגלית
- 9.10 הסכמה הורה/ אפוסטרופוס לטיפול אמבולטורי עבור קטין ברוסית
- 9.11 הסכמה הורה/ אפוסטרופוס לטיפול אמבולטורי עבור קטין בערבית
- 9.12 טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית בעברית
- 9.13 טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית באנגלית
- 9.14 טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית ברוסית
- 9.15 טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית בערבית
- 9.16 טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית בצרפתית
- 9.17 טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית בספרדית
- 9.18 טופס הסכמה להרדמה
- 9.19 טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל, טנ"ח בעברית
- 9.20 טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל, טנ"ח באנגלית
- 9.21 טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל, טנ"ח ברוסית
- 9.22 טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל, טנ"ח בערבית
- 9.23 טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל, טנ"ח בצרפתית
- 9.24 טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל, טנ"ח בספרדית

נספח מס' 9.1. הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול בעברית

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 13 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

**MENTAL HEALTH CENTER
BEER-SHEVA
MINISTRY OF HEALTH**
Affiliated to the Faculty of Medical Science
Ben Gurion University of the Negev, ISRAE
Hazadik from Jerusalem St. P.O. Box 4600



**המרכז לבריאות הנפש
באר-שבע**
משרד הבריאות
מסונף לבית הספר לרפואה
אוניברסיטת בן-גוריון, בנגב
רח' הצדיק מירושלים 2, באר-שבע, ת.ד. 4600

תאריך: 05/03/2019

***** מידע חסוי *****

הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול

לפי סעיף 4 (א) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991

1. אני,

מספר זיהוי _____ שם אב _____

העומד להתאשפז / המאושפז בבית חולים פסיכיאטרי המרכז לבריאות הנפש באר שבע

מצהיר בזה ומאשר בחתימתי כי אני מסכים להיות מאושפז בבית חולים פסיכיאטרי, זאת לאחר שהוטברו לי, בשפה מובנת, הנסיבות הרפואיות לאשפוז, תנאי האשפוז ואפשרויות הטיפול. אני מסכים שהרופאים, הסגל הסיעודי וכל צוות העובדים, הן המועסקים על ידי בית החולים והן המזמנים על ידו, יקבעו ויבצעו את הבדיקות והטיפולים הנחוצים לי לפי שיקול דעתם המקצועי ובהתאם לנסיבות.

אני מאשר שלא נתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים שאעבור בבית החולים, שאעבור בבית החולים, וכי ידוע לי ואני מסכים שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים. אני מצהיר בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

שם משפחה _____ שם פרטי _____

כתובת

תאריך: 05/03/2019

חתימה: _____

2. שם וחתימה של מי שמביא את החולה לאשפוז / אפוטרופוס:

הריני מאשר בזה כי הסכמת החולה לאשפוז ולקבלת טיפול נחתמה בנוכחותי

שם משפחה _____ שם פרטי _____

תאריך: 05/03/2019 חתימה: _____

תקריב

כתובת

3. אני מאשר בזה כי הטופס נחתם בפני:

שם:

תאריך: 05/03/2019

תפקיד בבית החולים:

חתימה: _____

טל: 08-6401401 (רב קווי) פקס: 08-6401621-2 08-6401621-2 Fax, Tel: 972-8-6401401

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 14 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת	

נספח מס' 9.2. הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול באנגלית

**MENTAL HEALTH CENTER
BEER-SHEVA**
MINISTRY OF HEALTH
Affiliated to the Faculty of Medical Science
Ben Gurion University of the Negev, ISRAE
Hazadik from Jerusalem St. P.O. Box 4600



המרכז לבריאות הנפש

באר-שבע

משרד הבריאות

מסונף לבית הספר לרפואה

אוניברסיטת בן-גוריון, בנגב

רח' הצדיק מירושלים 2, באר-שבע, ת.ד. 4600

***** Secret *****

תאריך: 05/03/2019

Agreement to Voluntary Hospitalization and Treatment
Under Clause 4(a) of the Law for Treatment of Mental Patients, 1991

1. I, _____, ID number _____, who am, or am about to be, hospitalized in the psychiatric hospital _____

Hereby declare and confirm by signing hereunder that I agree to be hospitalized in a psychiatric hospital, after having received an explanation, in easily understandable language, of the medical circumstances of the hospitalization, the conditions of the hospitalization and the possible treatments.

I agree to let the doctors, the nursing staff and the entire hospital staff, whether employed by the hospital or commissioned by it, decide on and administer the examinations and treatments necessary according to their discretion and according to the circumstances.

I confirm that I have been given no promises as to the outcome of the treatments, examinations and procedures that I will be undergoing at the hospital, and that I am aware and I agree that the treatments at the hospital be administered by whomever is tasked with administering them in accordance with the procedures and directives extant at the hospital.

I hereby declare that I was given no undertaking that the said treatments be administered by any specific individual.

Surname :

Given Name :

Date :

Signature (חתימה) : _____

2. Name and signature of the person who admitted the patient for hospitalization / guardian: _____
שם וחתימה של מי שהביא את החולה לאשפוז / אפוטרופוס :

I hereby confirm that the patient's agreement to be hospitalized and to receive treatment was signed in my presence

הריני מאשר בזה כי הסכמת החולה לאשפוז ולקבלת טיפול נחתמה בנוכחותי

Surname (שם משפחה) : _____ Given Name (שם פרטי) : _____

Relationship (חקירה) : _____

Date :

Signature (חתימה) : _____

3. אני מאשר בזה כי הטופס נחתם בפני :

שם :

תפקיד :

בבית החולים :

תאריך :

חתימה : _____

טל: 08-6401401 (רב קווי) פקס: 08-6401621-2 08-6401621-2 Fax 972-8-6401401, Tel: 972-8-6401401

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 15 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

נספח מס' 9.3. הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול ברוסית

**MENTAL HEALTH CENTER
BEER-SHEVA**
MINISTRY OF HEALTH
Affiliated to the Faculty of Medical Science
Ben Gurion University of the Negev, ISRAE
Hazadik from Jerusalem St. P.O. Box 4600



המרכז לבריאות הנפש

באר-שבע

משרד הבריאות

מסונף לבית חספר לרפואה

אוניברסיטת בן-גוריון, בנגב

רח' הצדיק מירושלים 2, באר-שבע, ת.ד. 4600

05/03/2019

***** Секретно *****

Согласие на добровольную госпитализацию и лечение

Согласно статье 4(а) Закона о лечении душевнобольных людей от 1991г

1. Я, _____
 владелиц/владелица удостоверения личности № _____
 перед госпитализацией / госпитализированный / ая в психиатрической больнице

Заявляю настоящим, и подтверждаю своей подписью, что я согласен/согласна на свою госпитализацию в психиатрической больнице, после того, как мне были разъяснены, на понятном мне языке, медицинские показания для госпитализации, условия госпитализации и возможности лечения.

Я согласен/согласна на то, чтобы врачи, медсестры и медсестры, а также все сотрудники больницы, как штатные сотрудники больницы, так и внештатные специалисты, приглашенные больницей, назначат и выполнят анализы и лечение, необходимые мне, на их профессиональное усмотрение, и в зависимости от обстоятельств.

Я подтверждаю, что мне не обещали что-либо касательно результатов лечения, анализов и процедур, которые я пройду в больнице, и что мне известно, и я согласен/согласна на то, что лечение в больнице будет выполнено лицами, на которых это возложено, в соответствии с правилами и инструкциями, соблюдаемыми в больнице.

Я заявляю настоящим, что мне не было обещано, что лечение, анализы и процедуры, целиком либо частично будут выполнены определенным человеком.

Фамилия:

Имя:

Дата:

Подпись (חתימה) : _____

2. Имя и подпись человека, который привез пациента для госпитализации/опекуна:
 שם ותחית של מי שתביא את החולה לאשפוז / אפוסטופוס : _____
 Я подтверждаю этим, что согласие пациента на госпитализацию и получение лечения было подписано в моем присутствии
 הרני מאשר בזה כי הסכמת החולה לאשפוז ולקבלת טיפול נחתמה בנוכחותי

Фамилия (שם משפחה) : _____

Имя (שם פרטי) : _____

Степень родства (הקרבה) : _____

Дата :

Подпись (חתימה) : _____

3. אני מאשר בזה כי חסופס נחתם בפני:

שם :

תפקיד :

בבית החולים :

תאריך :

חתימה: _____

טל : 08-6401401 (רב קווי) פקס : 08-6401621-2 08-6401621-2 Fax 972-8-6401401, Tel: 972-8-6401401

נספח מס' 9.4. הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול בערבית

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 16 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

**MENTAL HEALTH CENTER
BEER-SHEVA**

MINISTRY OF HEALTH

Affiliated to the Faculty of Medical Science
Ben Gurion University of the Negev, ISRAEL
Hazadik from Jerusalem St. P.O. Box 4600



המרכז לבריאות הנפש

באר-שבע

משרד הבריאות

מסונף לבית חספר לרפואה

אוניברסיטת בן-גוריון, בנגב

רח' הצדיק מירושלים 2, באר-שבע, ת.ד. 4600

05/03/2019

..... سری (بسم الله الرحمن الرحيم)

موافقة على الإقامة عن طيب خاطر وعلى تلقى العلاج
حسب البند 4(أ) من قانون علاج المرضى النفسيين من عام 1991

1. أنا،

رقم بطاقة الهوية

المرشح للإقامة / المقيم في مستشفى الأمراض النفسية

أصرح بهذا وأصدق بتوقيمي على أن أكون مقيماً في مستشفى الأمراض النفسية، وذلك بعد شرح لي بلغة مفهومة، الظروف الطبية للإقامة، شروط الإقامة وإمكانيات العلاج.

أوافق على أن يقوم الأطباء، كادر الرعاية الصحية وكل طاقم العاملين، سواء المستخدمين من قبل المستشفى أو المتطوعين من قبله بتحديد وتنفيذ الفحوصات والعلاجات الضرورية لي وفق اعتباراتهم المهنية وبموجب الظروف.

أقر بأنني لم أتلّق أي وعد بخصوص نتائج العلاجات، الفحوصات والإجراءات التي سأخضع لها في المستشفى، وبأنني أعلم وأوافق على أن تتم العلاجات في المستشفى من قبل من يكلف بذلك بموجب الأنظمة والتعليمات القلعة في المستشفى.

أصرح بهذا أنني لم أتلّق وعداً بأن تتم العلاجات جميعها أو بعضها من قبل شخص معين.

اسم العقلة:

الاسم الشخصي:

التوقيع (خاتمة):
التاريخ:

2. اسم وتوقيع من أخصر المريض للإقامة/ الوصي:

شأن وخاتمة من شأني أن أكون مسؤولاً عن الحولاء لأشفي / أوصي:

أصدق بهذا على أن موافقة المريض على الإقامة وعلى تلقى العلاج قد وقعت بحضوري خيري من ماضر بوا أن أصدق الحولاء لأشفي ولأقفلت في نفعها بكونها

اسم العقلة (شأن مشفح):

الاسم الشخصي (شأن مشي):

التوقيع (خاتمة):
التاريخ:

3. أنا من ماضر بوا أن أصدق في الحولاء نفعي:

شأن:

تفكير:

ببيت حولاء:

خاتمة:
تاريخ:

טל: 08-6401401 (רב קווי) פקס: 08-6401621-2 08-6401621-2, Fax 972-8-6401401, Tel: 972-8-6401401

נספח מס' 9.5. הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול באמהרית

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 19 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

ÉTAT D'ISRAËL
Ministère de la santé
הסכמה לאשפוז מרצון לקבלת טיפול
Accord d'hospitalisation et de traitement
 Formulaire 6 règlement 13(a) (paragraphe 4(A) de la loi du malade mental 1991)

 Nom de famille d'identité	Prénom	Nom du père	Numéro				

Hospitalisé à _____

Je soussigné accepter d'être hospitalisé en hôpital psychiatrique et ce après avoir reçu des explications claires sur les motifs et les conditions de l'hospitalisation et les possibilités de traitement.

J'accepte de recevoir tout traitement nécessaire par le personnel médical (médecins, infirmières etc.) selon les besoins médicaux de mon état.

Je soussigné qu'il ne m'a été donné aucune promesse concernant les résultats du traitement. Les examens et les traitements médicaux que je suis sensé recevoir à l'hôpital seront donnés par le personnel adéquat selon les lois et conditions de travail de l'hôpital. Je n'ai reçu aucune promesse concernant le médecin qui effectuera le traitement.

Nom de famille	Prénom	Signature	Date	Adresse
----------------	--------	-----------	------	---------

2) Le nom et la signature de la personne accompagnant le malade

Nom de famille	Prénom	Signature	Date
----------------	--------	-----------	------

Lien familial	Adresse
---------------	---------

3) Je valide par la présente que le formulaire a été signé devant moi

Nom	Membre du personnel hospitalier	Signature	Date
-----	---------------------------------	-----------	------

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

חתימה	תפקיד בבית חולים	שם תאריך
-------	------------------	-------------

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 20 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

9.8. הסכמה הורה/ אפוטרופוס לטיפול אמבולטורי עבור קטין בעברית

מדינת ישראל
משרד הבריאות
אוניברסיטת בן גוריון
מרכז טל

4/10/25

תשכמת הורה/ אפוטרופוס

שם הילד _____ מספר זהות _____

אנו מבקשים בזאת את הסכמתו לטיפול/ אבחון פסיכולוגי/ או חירום פסיכיאטרי ב"מרכז טל".

- מרכז טל מחייב חתימת שני הוריו של הילד/ ה. לא יתקבל ילד ללא חתימת 2 הוריו או הסכמה בכתב מפקידת סעד לסדרי דין.
- מותחייב ליווי של מבוגר האחראי למטופל ביחס להגעתו למרכז טל ולחזרתו הביתה.
- יש להודיע מראש על ביטול מגישה עד 24 שעות לפני המועד. עפ"י המדיניות של מרכז טל, אי הגעה לפגישות ללא הודעה מראש וללא סיבה מוצדקת, תתפרש כביטול פגישתכם למרכז טל. הודעות מתקבלות בטלפון ו/או במקט.

נא ציין מיהו האחראי לליווי של הילד/ ה לטיפול: _____

חתימת האב- _____ ת.ז. _____

חתימת האם- _____ ת.ז. _____

חתימת האפוטרופוס- _____ ת.ז. _____

טלפון: 052-6675300
פקס: 052-6675306

5

מרכז טל- מרכז קהילתי לטיפול בילדים ונוער
רח' וולסטון 3, באר שבע ת.ד. 10442
דוא"ל: info@BSH.HEALTH.GOV.IL
אינטרנט: WWW.health.gov.il/beshova

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 21 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

9.9 הסכמה הורה/ אפוטרופוס לטיפול אמבולטורי עבור קטין באנגלית

מדינת ישראל



משרד הבריאות
המרכז לבריאות הנפש באר שבע

הסכמת הורה/אפוטרופוס-אנגלית

מרכז טל

Tal Center

Parent / Guardian Consent

The name of the child: _____ ID Number _____

I hereby express my consent for treatment / psychological evaluation / or psychiatric evaluation at the "Tal Center".

- The Tal Center requires the signature of both parents of the child. The child will not be admitted without a form signed by both parents, or written consent from the Court Welfare Officer.
- Chaperone of the patient by a responsible adult is required for their arrival at the Tal Center and for their return home.
- You must give advance notice regarding cancellation of a meeting 24 hours before the time of that meeting. According to Tal Center policy, failure to attend a meeting without prior notice and with no justification will be interpreted as cancellation of your application for assistance from the Tal Center. Advance notice may be given by telephone and / or fax.

Please write the name of the person responsible for chaperoning the child to treatment: _____

Father's signature - _____ ID Number - _____

Mother's signature - _____ ID Number - _____

Guardian's signature - _____ ID Number - _____

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 22 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

9.10. הסכמה הורה/ אפוסטרופוס לטיפול אמבולטורי עבור קטין ברוסית

מדינת ישראל



משרד הבריאות
המרכז לבריאות הנפש באר שבע
מרכז טל-הסכמת הורה/אפוסטרופוס-רוסית
מרכז טל

Государство Израиль
Министерство здравоохранения
Университет им. Бен Гуриона
Центр «Таль»

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ \ОПЕКУНА

Фамилия и имя ребенка _____ № удост. личн. _____

Настоящим я даю свое согласие на лечение \психологическую диагностику \или психиатрическую оценку в Центре «Таль».

- Центр «Таль» требует подписи обоих родителей ребенка. Ребенка не примут без подписи обоих родителей или письменного согласия сотрудницы службы социального обеспечения на юридические процедуры.
- Пациент должен прибыть в Центр «Таль» и вернуться домой в сопровождении взрослого, несущего за него ответственность.
- Следует заранее, за 24 часа до срока, сообщить об отмене встречи. В соответствии с положениями Центра «Таль» неприбытие на встречу без предварительного уведомления и без уважительной причины будет считаться Вашим отказом от обращения в Центр «Таль». Уведомления принимаются по телефону и\или по факсу.

Просьба указать лицо, ответственное за сопровождение ребенка на лечение:

Подпись отца: _____ № удост. личн. _____

Подпись матери: _____ № удост. личн. _____

Подпись опекуна: _____ № удост. личн. _____

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 23 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

9.11. הסכמה הורה/ אפוטרופוס לטיפול אמבולטורי עבור קטין בערבית

מדינת ישראל



משרד הבריאות המרכז לבריאות הנפש באר שבע

מרכז טל-הסכמת הורה/אפוטרופוס-ערבית

دولة إسرائيل
وزارة الصحة
جامعة بن غوريون
مركز طال

موافقة الأهل/ الوصي

اسم الطفل _____ رقم _____
الهوية _____

أعرب بهذا عن موافقتي على العلاج/ التشخيص النفسي أو إجراء التقييم النفسي في "مركز طال".

- يستدعي مركز طال توقيع والدي الطفل/ة. لن يتم استقبال أي طفل دون توقيع الوالدين أو الموافقة الخطية من موظفة المساعدة الاجتماعية على الإجراءات القانونية.
- هناك حاجة لمرافقة شخص بالغ مسؤول عن المريض، في كل ما يتعلق بالوصول إلى مركز طال والعودة منه إلى المنزل.
- يجب الإبلاغ سلفاً عن إلغاء اللقاء قبل الموعد بـ 24 ساعة. بحسب سياسة مركز طال، فسيتم اعتبار عدم الحضور إلى اللقاء دون بلاغ مسبق ودون تبرير مقبول، إلغاءً لتوجهكم إلى مركز طال. يتم استقبال البلاغات عبر الهاتف و/أو الفاكس.

الرجاء الإشارة، من هو الشخص المسؤول عن مرافقة الطفل/ة للعلاج؟

توقيع الأب: _____ رقم الهوية _____
توقيع الأم: _____ رقم الهوية _____
توقيع الوصي: _____ رقم الهوية _____

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 24 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

9.12. טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית בעברית

מדינת ישראל
משרד הבריאות

טופס 5
(תקנה 12(ה))

טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית לפי סעיף 35(ו) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

- קבלתך לאשפוז והטיפול בך בבית החולים מותנים בהסכמתך, אלא אם כן אושפזת בכפיה על פי כל דין, בתוקף צו של בית משפט או בתוקף הוראת אשפוז של הפסיכיאטר המחוזי.
- כל עוד את/ה מאושפז בהסכמתך, טיפול, למעט טיפול חירום, יינתן לך רק בהסכמתך; לטיפולים מיוחדים, ככל שתזדקק/י להם, תתבקש/י להסכים בנפרד. אם תסרב/י לקבל טיפול רפואי שהמליץ עליו הצוות המטפל או לשתף פעולה עם תוכנית טיפול שנקבעה, ניתן יהיה לשחררך מן האשפוז או - אם התמלאו התנאים לכך - לבקש הוראה לאשפוז כפוי ולטיפול ללא הסכמה.
- כל עוד אושפזת בהסכמתך, את/ה זכא/ית, בכל עת, לבקש בכתב לשחררך מן האשפוז, ואם ביקשת להשתחרר - על המנהל לשחרר אותך בהקדם האפשרי, ולא יאוחר מארבעים ושמונה שעות מזמן הגשת בקשתך, זולת אם מתקיימים התנאים להמשך אשפוז בכפיה.
- אם אושפזת בתוקף הוראת אשפוז של פסיכיאטר המחוז, זכותך לערור על כך לפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, ואף אם לא הגשת ערר יתקיים דיון לפני ועדה זו אם יבקש מנהל המחלקה שאושפזת בה להאריך את אשפוזך בכפיה; את הערר תוכל/י להגיש באמצעות הצוות המטפל או לשלוח ישירות למזכירת הוועדה הפסיכיאטרית לפי הכתובת או מספר הפקס שצוינו בהודעה התלויה במחלקה או שניתן לקבלם מן הצוות המטפל. כמו כן זכא/ית את/ה לקבל סיוע משפטי בהכנת הערר ובייצוג לפני הוועדה הפסיכיאטרית. דרכי התקשורת עם **לשכת הסיוע המשפטי** מצוינים אף הם בהודעה התלויה במחלקה וכן ניתן לקבלם מן הצוות המטפל. הייצוג המשפטי הוא ללא תשלום.
- אם אושפזת בתוקף צו אשפוז של בית משפט, יתקיים דיון תקופתי לפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית אחת לשישה חודשים לפחות, ורשאות הוועדה לקיים דיון בעניינך לבקשתך; בקשה לדיון לפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית תוכל/י להגיש באמצעות הצוות המטפל או לשלוח ישירות למזכירת הוועדה הפסיכיאטרית לפי הכתובת או מספר הפקס שצוינו בהודעה התלויה במחלקה או שניתן לקבלם מן הצוות המטפל. את/ה זכא/ית, כמו כן, לקבל סיוע משפטי בהכנת בקשתך ובייצוג לפני הוועדה הפסיכיאטרית. דרכי התקשורת עם **הסגנווריה הציבורית** מצוינים בהודעה התלויה במחלקה וכן תוכל לקבל פרטים אלה מן הצוות המטפל. הייצוג המשפטי הוא ללא תשלום.
- אם אושפזת בתוקף צו אשפוז של בית משפט או בחוראת פסיכיאטר מחוז, הטיפול בך יהיה **לפי מצבך הרפואי** ויינתן גם ללא הסכמתך; טיפולים מיוחדים שמפורטים בתקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992 יינתנו רק בהתאם להוראות שבתקנות האמורות.
- אין להעבירך מבית החולים שבו את/ה מאושפז/ת לבית חולים פסיכיאטרי אחר אלא בהסכמתך ובהסכמת המנהלים של שני בתי החולים הנוגעים בדבר; במקרה התנגדות שלך להעברה - אין להעבירך אלא באישור הפסיכיאטר המחוזי. על החלטת פסיכיאטר המחוז ניתן לערור לפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית.
- אם הנך מאושפז/ת בכפיה, רשאי ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, בנסיבות מיוחדות ובהתחשב בצרכי האשפוז, להורות על העברתך לבית חולים אחר גם ללא הסכמתך; ננקימו נסיבות כאמור, רשאי ראש שירותי בריאות הנפש לדרוש העברתך גם אם אושפזת בהסכמה, ואולם אם תסרב/י לעבור רשאי הוא לחזור על שחרורך מן האשפוז.
- המטרה העיקרית של אשפוזך היא קבלת טיפול רפואי וזכותך לפי כל דין לקבל טיפול רפואי נאות מבחינת הרמה המקצועית, מבחינת יחסי אנוש ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנהגים מזמן לזמן במערכת הבריאות בישראל.
- במהלך האשפוז זכותך להחזיק בחפצים אישיים במידה סבירה, ללבוש את בגדיך האישיים, הכול לפי מצבך והתנאים הנהגים בבית החולים.

154 ב' מהדורה חדשה נובמבר 2011

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מסי נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 25 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

11. כל עוד מצבך הרפואי מאפשר זאת, זכותך לשמור במהלך האשפוז על קשר טלפוני או על קשר בכתב עם כל אדם וכן לקבל מכתבים סגורים ולקבל אורחים בשעות הביקור; אם מצבך הרפואי מחייב הגבלת זכויות אלה, תישמר זכותך לשלוח מכתבים סגורים לעורך דינך, לאפוטרופוס שלך, לפסיכיאטר המחוזי, לוועדה הפסיכיאטרית המחוזית וליועץ המשפטי לממשלה או לקיים קשר אחר עם כל אחד מאלה, וכן זכותך להיפגש עם עורך דינך בבית החולים.
12. כל עוד מצבך הרפואי מאפשר זאת, אתה זכאי/ת לחופש תנועה בשטחים הציבוריים בבית החולים; אם אין מצבך הרפואי מאפשר זאת, רשאי רופאך להחליט, כחלק מתכנית הטיפול, על הגבלת התנועה עד לשיפור במצבך; חופשות מחוץ לכותלי בית החולים מהוות חלק מתכנית הטיפול ויאושרו בהתאם לשיקולי הצוות המטפל, ובמקרה של אשפוז בצו בית משפט - גם באישור הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית.
13. כל מידע שאתה/מוסר/ת או שנמסר עליך הוא סודי, הצוות המטפל יעביר מידע אודותיך רק בהסכמתך, אולם במקרים מסוימים ניתן להעביר מידע זה לגורמים המוסמכים על פי דין לקבלו גם ללא אישורך.
14. הנך זכאי/ת לקבל מידע אודות מצבך. במקרה שהרופא המטפל סבור כי מסירת המידע, כולו או מקצתו, עלול לגרום לנזק חמור לבריאותך הגופנית או הנפשית או לסכן אותך או את זולתך, המידע לא יימסר לך, ובלבד שחדבר אושר על ידי ועדת האתיקה של בית החולים, שבפניה תוכל/י להציג עמדתך קודם שתחליט בנושא.
15. עצם קבלתך לאשפוז אינה פוגעת בזכותך לנהל את רכושך. במקרה שמנהל בית החולים סבור כי עקב מצבך אינך מסוגל לנהל את ענייני הרכוש שלך ויש צורך לנקוט פעולה משפטית דחופה כדי להגן על נכסיך, רשאי הוא לדווח על כך לאפוטרופוס הכללי.
16. בית החולים יאפשר לך, בהתחשב בצרכים ובזכויות של כלל המטופלים ואפשרויות בית החולים, לשמור באופן סביר על אמונתך, תרבותך ומנהגך.
17. חובתך להתחשב בזולת, לכבד את הצוות ואת כל האנשים הנמצאים בבית החולים : עליך לשמור על הניקיון, השקט והפרטיות של החולים האחרים, ולא לפגוע בגופם וברכושם.
18. הצוות רואה בדך שותף/ה פעילה/ה לתכנון הטיפול בדך ולשינויים בו : התקדמות טיפולך תלויה במידה רבה בשיתוף הפעולה שלך. הצוות מצפה שתיקחי/י חלק פעיל בפעילויות, בטיפולים ובתכניות השונות המיועדות לך.

אני מאשר בזה כי הוסבר לי תוכן הכתוב:

שם המתאשפז	מסי זתות	חתימת המתאשפז/ אישור איש הצוות
		כי המתאשפז קיבל הסבר אך סרב לחתום על הטופס

שם ותפקיד איש צוות שהסביר למתאשפז את תוכן הטופס :
חתימת איש הצוות :
תאריך מילויי הטופס :

- העתקים :
1. המתאשפז
 2. רשומה

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 26 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת	

9.13. טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית באנגלית

**STATE OF ISRAEL
Ministry of Health**

(Regulation 12 (5)) Form 5

טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית

RIGHTS AND OBLIGATIONS OF AN INPATIENT IN A PSYCHIATRIC UNIT FORM

In pursuance of Section 35 (6) of the Treatment of Mental Patients Law, 5751 – 1991

1. In order to be hospitalized, check the mental and physical medical examinations.
2. When you are admitted to the hospital, you will be given a general description of the hospital, your condition and the need for hospitalization; you will also be given information and an explanation of your rights and obligations.
3. Your hospitalization is contingent on your consent unless you have been hospitalized –
 - (1) By virtue of a Court Order;
 - (2) By virtue of an instruction for hospitalization of the district psychiatrist;
 - (3) In accordance with the determination of the hospital director as to the urgent need for you to be hospitalized.
4. On your admittance to the hospital, you will be asked to sign a form of consent for the receipt of treatment; if you were hospitalized voluntarily, you will be given medical treatment, other than emergency treatment, only with your consent; this consent does not cover special treatments to which you will be asked to consent separately. If you refuse medical treatment, the director of the hospital may discharge you from the hospital.
5. Your hospitalization will be extended until your medical condition makes your release possible. If you were hospitalized voluntarily, it is your right to request, in writing, that the director of the hospital discharge you from the hospital; the director of the hospital is bound to discharge you within 48 hours of the date of submission of your request unless within the said period of time, an instruction for hospitalization is issued against you as a result of your medical condition.
6. If you were hospitalized by virtue of an instruction for hospitalization of the district psychiatrist, it is your right to appeal this before the district psychiatric board. You may submit your application to appeal your hospitalization through the hospital director, the district psychiatrist or the head of the mental health services in the Ministry of Health.
7. If you were hospitalized by virtue of a Court Order for Hospitalization or an instruction of the district psychiatrist – you will be given treatment, including special treatment, even without your consent.
8. You will not be transferred from the institution in which you are hospitalized to another psychiatric institution without your consent, if you object to the transfer - you will not be transferred other than with the consent of the district psychiatrist and in

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 27 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

special cases – the instruction of the head of the mental health services in the Ministry of Health.

9. The principal aim of your hospitalization is the receipt of medical treatment, it is your right to receive medical and nursing care, food and medications in accordance with your medical condition, both physical and mental, on the terms and arrangements that are customary in the Israeli health system. If you do not have any economic resources at your disposal, the hospital will provide you with pocket money as is the accepted practice.
10. It is your right to keep personal possessions to a reasonable extent, to wear your personal apparel, all in accordance with your condition and the customary practice at the hospital.
11. It is your right to maintain contact with the members of your family and your friends, by telephone, by sending and receiving closed letters and receiving guests during visiting hours. Postal and telephone fees will be at your expense; even if your medical condition does not permit maintaining all the aforesaid contacts, your right is reserved to send closed letters to your lawyer, your guardian, the district psychiatrist and the Attorney General.
12. You are entitled to move freely in the hospital. If your medical condition does not permit this, your physician may decide on restriction of movement until your condition improves; vacations outside the hospital are part of the treatment program and will be given to you at the discretion of the staff that are treating you.
13. Any information that you communicate or that is communicated in connection with you is confidential; the staff treating you will forward information concerning you only to the competent medical bodies, or according to law. Information will be communicated to any other body such as: members of your family, your friends, various institutions with your consent, or in taking your medical condition into account, at the discretion of the staff treating you.
14. You are entitled to receive information on your condition; this information will be communicated to you at the discretion of the physician.
15. The Ministry of Health has the right to determine the extent of your contribution to the hospital fees in accordance with the regulations on this matter.
16. It is your right to keep and manage your property while you are hospitalized unless the director determines, in writing, that you are incapable of seeing to your affairs. You may appeal any such determination before the psychiatric boards.
17. The hospital will permit you to keep your faith, your culture and your customs.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 28 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת	

18. You are obligated to consider others, to respect the staff and all persons who are to be found in the hospital. You must maintain the cleanliness, the quiet and the privacy of other patients and not to injure their person or their property.

19. The staff regards you as an active partner in the program for your treatment and changes therein; the furtherance of your treatment depends to a great extent on your cooperation. The staff expects you to take an active part in activities, treatment and the various programs that are intended for you.

I hereby confirm that the written contents were explained to me:

Name of the Patient Identity Number Patient's Signature

Name of staff member who explained the contents of the form to the patient

Position Staff Member's Signature Date

Copies: A family member
The patient's file

154 b from the new version August 1992
אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

שם
תאריך

תפקיד בבית חולים חתימה

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 29 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת	

9.14. טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית ברוסית

Форма 5

(Положение 12(5))

Государство Израиль
Министерство здравоохранения

טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית

Форма

"Права и обязанности лиц, госпитализируемых в психиатрическом отделении"

В соответствии с параграфом 35(6) закона "О предоставлении лечения душевнобольным" от 1991 г.

1. В целях госпитализации в психиатрическом отделении Вы пройдете общемедицинский осмотр, а также психическое и физическое обследование.
2. В рамках процедуры приема в больницу Вам сообщат общую информацию о больнице, а также дадут объяснение относительно Вашего состояния и необходимости в госпитализации. Кроме того, Вас проинформируют относительно Ваших прав и обязанностей.
3. Госпитализация осуществляется с Вашего согласия, за исключением следующих случаев, в которых основанием для нее служат:
 - а) указ суда;
 - б) распоряжение областного психиатра;
 - в) решение руководителя больницы о необходимости в госпитализации.
4. При поступлении в больницу Вы должны будете подписать форму согласия на лечение. Если госпитализация осуществляется по Вашему желанию, лечение будет предоставлено Вам только с Вашего согласия, за исключением случаев оказания срочной медицинской помощи. Согласие на лечение не включает специальные процедуры, на осуществление которых потребуется получить Ваше согласие в отдельном порядке. Если Вы откажетесь от лечения, руководитель будет вправе выписать Вас из больницы.
5. Пребывание в больнице продлится до тех пор, пока Ваше состояние не позволит Вас выписать. Если Вы поступили в больницу по собственному желанию, Вы вправе обратиться письменно к руководителю больницы с просьбой о выписке из больницы. В этом случае руководитель больницы должен выписать Вас в течение 48 часов с момента подачи просьбы, при условии, что в течение этого срока не поступит распоряжение о Вашей госпитализации, обусловленное состоянием Вашего здоровья.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 30 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

6. Если Вас госпитализировали по распоряжению областного психиатра, Вы имеете право обжаловать это решение в областной психиатрической комиссии. Кассационное ходатайство может быть подано посредством руководителя больницы, областного психиатра или начальника Службы психического здоровья при Министерстве здравоохранения.
7. Если госпитализация осуществлена по судебному указу или по распоряжению областного психиатра, то лечение, в том числе специальные процедуры, будет осуществляться также и без Вашего согласия.
8. Перевод из учреждения, в котором Вы госпитализированы, в другую психиатрическую лечебницу, возможен только с Вашего согласия. Если Вы возражаете против перевода в другое учреждение, то перевод будет возможен только с распоряжения областного психиатра, а в особых случаях - с распоряжения начальника Службы психического здоровья при Министерстве здравоохранения.
9. Медицинское лечение является главной целью Вашей госпитализации. Вы имеете право получать лечение, уход, питание и лекарственную терапию в соответствии с Вашем общемедицинским, психическим и физическим состоянием, согласно условиям и правилам, принятым в израильской системе здравоохранения. Если Вы нуждаетесь материально, больница предоставит в Ваше распоряжение деньги на карманные расходы в соответствии с установленным порядком.
10. Вы вправе иметь при себе личные вещи в разумных рамках и носить свою одежду, в зависимости от Вашего состояния и согласно правилам, принятым в больнице.
11. Вы также имеете право поддерживать связь со знакомыми и близкими Вам людьми по телефону, отправлять им и получать от них запечатанную почту и принимать посетителей в установленное для посещений время. Оплата телефонных и почтовых расходов осуществляется за Ваш счет. За Вами сохраняется право отправлять запечатанные письма своему адвокату, опекуну, областному психиатру, в психиатрическую комиссию и юридическому советнику правительства даже в том случае, если состояние Вашего здоровья не позволяет Вам общаться с близкими людьми при помощи упомянутых выше средств связи.
12. Вы вправе свободно передвигаться по территории больницы, но если это невозможно ввиду состояния Вашего здоровья, то до наступления улучшения в Вашем состоянии лечащий врач вправе ограничить Вашу

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 31 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

свободу во всем, что касается передвижения по территории больницы. Временные отпуска из больницы являются частью от программы лечения и предоставляются по решению медперсонала.

13. Любая информация, сообщенная Вами или о Вас, является секретной и может быть передана персоналом больницы только в компетентные органы здравоохранения, либо в соответствии с действующим законодательством. Любым другим лицам - родственникам, знакомым, различным организациям и т.д. - информация может быть передана с Вашего согласия либо по усмотрению медперсонала, с учетом Вашего состояния.
14. Вы вправе получать информацию относительно Вашего состояния; предоставление Вам этой информации осуществляется по усмотрению врача.
15. В соответствии с установленными положениями, Министерство здравоохранения вправе определить размер Вашего денежного участия в оплате госпитализации.
16. Вы вправе сохранять за собой свое имущество и распоряжаться им во время госпитализации, при условии, что руководитель больницы не постановит в письменной форме, что Вы не в состоянии заботиться о своих интересах. Такое постановление может быть обжаловано Вами в психиатрической комиссии.
17. Больница предоставит Вам возможность соблюдать свою религию и придерживаться своей культуры и обычаев.
18. Вы обязаны считаться с окружающими, достойно вести себя по отношению к персоналу и к любым людям на территории больницы, соблюдать чистоту и тишину, уважать человеческое достоинство других больных и не причинять им какой бы то ни было вред, телесный или имущественный.
19. Персонал больницы видит в Вас активного участника программы лечения, назначенной Вам, а также вносимых в нее изменений. Поскольку прогресс в лечении в большой степени зависит от Вашего сотрудничества, персонал больницы надеется, что Вы будете принимать активное участие в различных мероприятиях, процедурах и программах лечения, которые Вам назначены.

Подтверждаю, что мне дано разъяснение относительно содержания данного документа.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 32 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

Имя и фамилия
госпитализируемого

Номер удост. личности

Подпись госпитализируемого

Имя и фамилия члена персонала больницы,
дававшего разъяснения относительно содержания документа

Должность

Подпись члена персонала больницы

Дата

Копии: родственнику госпитализируемого
в личное дело госпитализируемого

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

שם	תפקיד בבית חולים	חתימה	תאריך
_____	_____	_____	_____

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	תאריך הפצה:
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 33 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת	

9.15. טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית בערבית

דولة اسرائيل لاستمارة 5 مادة 12 (ح)

وزارة الصحة

טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית

حقوق وواجبات لمن يتلقى العلاج في الوحدة النفسية

حسب المادة 35 خ لقانون علاج المرضى النفسيين-1991

1. לקי תנאם פי המסחשף לתלפי העלג יתם חכסכ נפסיא וגסדיא.
2. ענד אסתקאלכ למסחשף יעטף לכ שרחא עאמא ען המסחשף הזי יתזמן, כזלכ תתלף שרחא ען חאלתכ וען חאגה למעלגתכ בואסטה الطاقم الصحي, وعن حقوقك وواجباتك.
3. העלג מתעלף בר גיבתכ אלא اذا تم احضارك للمسحشفي حسب:
1. قرار وامر من محكمة.
2. امر من الطبيب النفسي اللوائي,
3. اقرار مدير المسحشفي ان معالجتك غير قابلة للتاجيل,
4. قبل ابتداء العلاج يطلب منك التوقيع على موافقتك بعد اعطائك شرحا واف عليه ما عدا في حالة طوارئ. لا تتضمن هذه الموافقة معالجات خاصة في حالة احتياجك لعلاج خاص يطلب منك ان توقع على نموذج اخر بعد شرح ملائم. اذا كنت تعارض تلقي العلاج باستطاعة مدير المسحشفي تسريحك من المسحشفي.
5. نومك في المسحشفي يدوم حتى يسمح وضعك الصحي بتسريحك. اذا نمت في المسحشفي حسب ارادتك فياستطاعتك الطلب من مدير المسحشفي تسريحك. على مدير المسحشفي تسريحك خلال 48 ساعه الا اذا اصدر خلال هذه المده امر من الطبيب النفسي اللوائي بسبب وضعك الصحي
6. اذا نمت في المسحشفي حسب امر من الطبيب النفسي اللوائي من حقك الاستئناف لدى اللجنة النفسية اللوائية. يمكنك التوجه الى اللجنة بواسطة مدير المسحشفي, الطبيب النفسي اللوائي او رئيس الخدمات النفسية في وزارة الصحة
7. اذا كان احضارك ونومك في المسحشفي حسب اوامر الطبيب النفسي اللوائي, او حسب قرار محكمة يتم اعطاؤك العلاج بما في ذلك علاج خاص بدون موافقتك اذا اقتضى الامر ذلك.
8. ممنوع نقلك من المؤسسة التي تعالج بها الى مؤسسة نفسية اخرى الا بموافقتك اذا عارضت ذلك فان القرار بصلاحية الطبيب النفسي اللوائي, او رئيس قسم الصحة النفسية في وزارة الصحة في حالات خاصة.
9. الهدف الرئيسي لنومك في المسحشفي هو تلقي العلاج. يكونك معالجا في المسحشفي تكون جديرا بالحصول على علاج طبي وتمريض كامل وطعام وادوية حسب وضعك الصحي. اذا لم تكن لديك وسائل اقتصادية فيوفر لك المسحشفي معروفا جيبيا وكساء طبقا للمتعامل به في المسحشفي
10. من حقك التمسك باغراضك الشخصية وارداء ملابسك الشخصية, حسب وضعك الصحي والشروط المتبعه في المسحشفي.
11. عند جورك في المسحشفي من حقك الاتصال بابناء عائلتك واصدقائك بواسطة هاتف, ارسال واستلام رسائل مغلقة واستقبال زوار في ساعات الزيارة. رسوم البريد والهاتف هم على حسابك الخاص. حتى لو لم تمكن حالتك النفسية السماح بالقيام بذلك, فيسمح لك ان ترسل رسائل مغلقة الى محاميك, الى ولي امرك, الى الطبيب النفسي اللوائي, الى المستشار القانوني للحكومة.
12. من حقك حرية التحرك داخل المسحشفي, وهذا الامر بالملائمة مع الطاقم المعالج, اذا لم تمكن حالتك النفسية تسمح باجازة كهذه. على طبيبك ان يقرر على تحديد حرية تجوالك حتى تتحسن حالتك, وكذلك تمنح لك اجازات خارج المسحشفي حسب وضعك الصحي, كقسم من برنامج العلاج وطبقا لقرار الطاقم المعالج.
13. اي معلومات تعطيها او المتعلقه بك هي سريه باستطاعة الطاقم المعالج نقل المعلومات عنك لمعالجين اخرين او لمن يسمح القانون بذلك ومن الممكن اعطاء معلومات عن حالتك الطبية وعلاجك لكل جهة

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש	
1	מהדורה			
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:	
עמוד 34 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת			

- אخرى مثل ابناء عائلتك واصدقائك بعد موافقتك فقط وحسب قرار الطاقم المعالج او حسب قرار الطاقم المعالج حسب وضعك الطبي
- 14 من حقك تلقي المعلومات عن وضعك, هذه المعلومات تعطى لك حسب قرار الطبيب.
- 15 من حق وزارة الصحة تحديد نسبة مساهمتك بتكاليف نومك في المستشفى حسب القوانين في هذا المجال.
- 16 من حقك ان تحافظ وتدير املاكك حتى في وقت نومك في المستشفى, الا اذا قرر الطاقم المعالج خطيائه ليس باستطاعتك ذلك بسبب وضعك. وفي هذه الحالة باستطاعتك الاستئناف لدى اللجنة الطبية اللوائية
- 17 المستشفى يسمح لك بالحفاظ على معتقداتك , ثقافتك وتقاليدك.
- 18 من واجبك اعتبار الآخرين واحترام الطاقم وباقي الموجودين في المستشفى. عليك المحافظة على نظافتك الشخصية ونظافة بيئتك والهدوء, واحترام خصوصيات باقي المرضى وعدم التعدي على جسمهم وممتلكاتهم.
- 19 الطاقم الطبي يرى بك شريكا في برنامج العلاج وكل تغيير فيه.تقدم علاجك متعلق جدا بمدى اشتراكك ومشاركتك به. يتوقع الطاقم ان تساهم بصورة فعالة بالنشاطات والعلاجات وبالبرامج المختلفة المعدة لك.

اصادق بانني تلقيت شرحا عن محتوى المكتوب :

اسم المريض : _____

رقم الهوية : _____ توقيع المريض :

اسم عضو الطاقم الذي شرح للمريض مضمون الاستمارة:

وظيفته : _____ توقيع عضو الطاقم :

تاريخ التوقيع :

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

שם תפקיד בבית חולים חתימה תאריך

נסخه:

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 35 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

1. قريب عائله.
2. الملف الطبي.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 36 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

9.16. טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית בצרפתית

ÉTAT D'ISRAËL
Ministère de la santé

טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית

**Formulaire : droits et devoirs de l'hospitalisé
en unité psychiatrique**
(selon le paragraphe 35 (6) de la loi sur le traitement des malades mentaux-1991)

1. Afin d'être hospitalisé vous passerez un examen médical, mental et physique.
2. Lors de votre admission à l'hôpital, de l'information d'ordre général sur l'hôpital vous sera fournie ainsi que sur votre état de santé et sur la nécessité de l'hospitalisation; de plus il vous sera transmis de l'information et une explication sur vos droits et devoirs.
3. Votre hospitalisation dépend de votre consentement, à moins d'être hospitalisé:
 - (1) sur ordonnance du tribunal de justice,
 - (2) suite à la demande d'hospitalisation du Psychiatre de district,
 - (3) en conformité avec la décision du Directeur de l'hôpital qui a requis une hospitalisation urgente.
4. Lors de votre admission, on vous demandera de signer un formulaire de consentement pour suivre un traitement; si vous avez été hospitalisé de votre propre gré, il vous sera accordé un traitement médical mais pas de soins d'urgence et seulement avec votre plein accord. Cet accord ne comprend pas les soins spéciaux pour lesquels vous devrez donner votre accord à part. Si vous refusez de suivre un traitement médical, le Directeur de l'hôpital est en droit de vous libérer.
5. Votre hospitalisation durera jusqu'au moment où vos conditions médicales vous permettront de vous libérer. Si vous avez été hospitalisé de votre propre gré, vous êtes en droit de demander par écrit, du Directeur de l'hôpital de vous libérer. Le directeur doit vous libérer dans les 48 heures suivant la soumission de votre demande à moins que durant cette période soit soumise une demande supplémentaire d'hospitalisation en raison de votre état de santé.
6. Si vous avez été hospitalisé suite à la demande d'hospitalisation du Psychiatre de district, vous avez le droit de faire appel auprès de la commission psychiatrique du district; votre appel doit être soumis via le Directeur de l'hôpital, le Psychiatre de district ou le Directeur des Services de la Santé Mentale au Ministère de la Santé.
7. Si vous avez été hospitalisé suite à une ordonnance du tribunal de justice ou suite à la demande du Psychiatre de district, le traitement vous sera administré y compris un soin spécial, même sans votre accord.
8. Vous ne pouvez pas être transféré de l'institut dans lequel vous êtes hospitalisé vers un autre institut psychiatrique sans votre accord. Si vous vous opposez au transfert, vous ne pouvez pas être déplacé sans l'accord du Psychiatre de district et dans certains

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 37 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

cas sur la demande du Directeur des Services de la Santé Mentale au Ministère de la Santé.

9. L'objectif principal de votre hospitalisation est de suivre un traitement médical; vous êtes en droit de recevoir un traitement médical et des soins à domicile, de la nourriture et des médicaments selon votre état de santé, mental et physique et en conformité avec les conditions et les accords existant au sein du système de santé en Israël. Si vous n'avez pas les moyens financiers, l'hôpital vous versera une somme conforme à la norme.

10. Vous avez le droit de détenir des objets personnels de façon raisonnable, de porter vos habits personnels, le tout selon votre état de santé et en conformité avec les normes en pratique à l'hôpital.

11. Vous avez le droit de maintenir le contact avec les membres de votre famille et vos amis, par téléphone, de recevoir des colis ou une correspondance fermée ainsi que de recevoir des invités aux heures de visite; le coût des frais de poste et de téléphone seront à votre compte; même si votre état de santé ne vous permet pas d'établir tous les types de liens mentionnés, vous êtes en droit d'envoyer des lettres fermées à votre avocat, à votre délégué, au Psychiatre de district, à la Commission psychiatrique ou au Conseiller Juridique du Gouvernement.

12. Vous êtes libre de circuler au sein de l'hôpital. Si votre état de santé ne vous le permet pas, votre médecin est en droit de décider de limiter vos déplacements jusqu'à l'amélioration de votre état; les sorties en dehors de l'hôpital font parti du traitement et seront accordées par l'équipe traitante.

13. Toute information que vous transmettez ou qui a été transmise vous concernant est confidentielle; l'équipe traitante ne pourra transmettre de l'information vous concernant qu'au personnel médical autorisé ou selon la loi. Pour toutes les autres personnes comme votre famille, vos amis et autres instituts, l'information sera transmise avec votre plein accord ou en tenant compte de votre état de santé, et de l'appréciation de l'équipe soignante.

14. Vous êtes en droit de recevoir de l'information sur l'état de votre santé; cette information vous sera transmise en fonction du jugement du médecin traitant.

15. Le Ministère de la Santé est en droit de déterminer le montant de votre participation au frais d'hospitalisation selon les règlements en vigueur.

16. Vous êtes en droit de garder et de gérer vos biens lors de l'hospitalisation, à moins que le directeur ait décidé par écrit que vous n'êtes pas en mesure de défendre vos intérêts; vous êtes en droit de faire appel à une telle décision auprès de la commission psychiatrique.

17. L'hôpital vous permettra de continuer à respecter vos croyances, votre culture et vos coutumes.

18. Vous vous devez de respecter le prochain, l'équipe et toutes les personnes se trouvant à l'hôpital; vous devez préserver la propreté, maintenir le silence, respecter l'intimité des autres patients et ne pas les violenter ni endommager leurs biens.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 38 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת	

19. L'équipe vous considère comme un partenaire actif pour planifier votre traitement et ses changements; le progrès de votre traitement dépend en grande partie de votre coopération. L'équipe attend de vous d'avoir un rôle actif dans les soins et les différents programmes qui vous sont destinés.

Je confirme par la présente que tout ce qui est écrit ci-dessus m'a été expliqué.

_____ Nom de l'hospitalisé	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Numéro d'identité	_____ Signature de l'hospitalisé
--	---	--

_____ Nom de la personne de l'équipe qui a expliqué le contenu du formulaire	_____ Fonction
--	------------------------------

_____ Signature de la personne de l'équipe	_____ Date
--	--------------------------

Copies : Un membre de la famille
Dossier de l'hospitalisé

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

_____ תאריך	_____ חתימה	_____ תפקיד בבית חולים	_____ שם
---------------------------	---------------------------	--------------------------------------	------------------------

154 B, nouvelle version, Août 1992.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 39 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

9.17. טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית בספרדית

Formulario N° 5 (Reglamentación N° 12 (e))

Estado de Israel

Ministerio de Salud

טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית

Derechos y Obligaciones de los Pacientes Internados en la Unidad de Psiquiatría

Según el Art. 35 (f) de la Ley de Tratamiento de Enfermos Mentales, 5751 – 1991

1. Antes de ser internado en el Hospital, usted será sometido a un examen médico, mental y físico.
2. Al momento de su admisión al Hospital, usted recibirá información general acerca del Hospital, su estado general y la necesidad de internación en su caso. Asimismo, se le proporcionará información y explicaciones acerca de sus derechos y obligaciones.
3. Su internación en el Hospital está supeditada a su consentimiento, a menos que usted haya sido traído al Hospital para su internación:
 - (1) Por orden judicial;
 - (2) Por orden de internación otorgada por el Psiquiatra Regional;
 - (3) Por orden del Director del Hospital, indicando la necesidad de su internación inmediata.
4. Al momento de su admisión al Hospital, usted deberá firmar un formulario de consentimiento para poder recibir tratamiento: En caso que usted se haya internado por su propia voluntad, usted recibirá tratamiento médico solamente bajo su consentimiento, a excepción de tratamientos de emergencia. Dicho consentimiento no incluye tratamientos especiales, en cuyo caso se le solicitará firmar un formulario de consentimiento por separado. En la medida que usted se niegue a recibir tratamiento médico, el Director del Hospital tendrá derecho de darle a usted el alta de internación.
5. Usted permanecerá internado en el Hospital hasta que su estado permita darle el alta de internación. En caso que usted se haya internado por su propia voluntad, usted tiene derecho a solicitar por escrito el alta de internación del Director del Hospital. El Director del Hospital deberá darle el alta de internación dentro de las 48 horas siguientes a la entrega de su solicitud, salvo que dentro de dicho plazo se haya recibido una orden contraria en su caso, indicando su permanencia bajo internación debido a su estado.
6. En caso que usted haya sido internado por orden de internación otorgada por el Psiquiatra Regional, usted tiene derecho de apelar dicha decisión ante la Junta Psiquiátrica Regional. Usted podrá presentar la solicitud de apelación por intermedio del Director del Hospital, del Psiquiatra Regional o del Director del Servicio de Salud Mental del Ministerio de Salud.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 40 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

7. En caso que usted haya sido internado por orden judicial o por orden de internación otorgada por el Psiquiatra Regional, usted recibirá tratamiento médico, incluyendo tratamientos especiales, aún sin su consentimiento.
8. Usted no podrá ser transferido de la institución en la cual usted está internado, a otra institución psiquiátrica, sin su consentimiento. En la medida que usted se niegue a su derivación, no podrá ser transferido sino con el consentimiento del Psiquiatra Regional, y en casos especiales, del Director del Servicio de Salud Mental del Ministerio de Salud.
9. El objetivo principal de su internación es proporcionarle tratamiento médico profesional. Usted está en su derecho de recibir el tratamiento, cuidados médicos y asistencia de enfermería, y la alimentación y medicación que requiera su estado clínico, mental y físico, según las condiciones habituales del sistema de salud en Israel. Si usted no cuenta con los medios económicos suficientes, el Hospital le proporcionará una asignación, de acuerdo a lo acostumbrado en el Hospital.
10. Usted tiene derecho de conservar sus efectos personales en la medida de lo razonable y de vestir sus prendas personales, todo según su estado y bajo los términos habituales del Hospital.
11. Usted tiene derecho de mantenerse en contacto con sus familiares y amigos por teléfono y por correspondencia cerrada, así como de recibir visitas dentro de las horas de visita. Sus gastos de correo y teléfono correrán por su propia cuenta. Aún si su estado clínico no le permita mantenerse en contacto como descrito anteriormente, se le reservará a usted el derecho de enviar cartas cerradas a su abogado, a su tutor, al Psiquiatra Regional, a la Junta Psiquiátrica y al Asesor Judicial del Gobierno.
12. Usted tendrá plena libertad de movimiento dentro de los límites del Hospital. Si su estado clínico no lo permite, su médico podrá ordenar la limitación de sus movimientos hasta que haya una mejora en su estado. Vacaciones fuera de los límites del Hospital se incluyen como parte del plan de tratamiento, y se le otorgarán en base al criterio del equipo profesional que se encuentra a su cargo.
13. Toda información que usted proporcione o que le sea proporcionada a usted, es estrictamente confidencial. El equipo que se encuentra a su cargo proporcionará información respecto a su caso, únicamente a instancias médicas autorizadas o por orden judicial. Cualquier otra instancia, como por ejemplo su familia, sus amigos u otras instituciones, recibirá información referente a su caso, sólo bajo su consentimiento, o, según su condición clínica, en base al criterio del equipo profesional que se encuentra a su cargo.
14. Usted tiene derecho a recibir información acerca de su estado. Dicha información se le proporcionará según el criterio del médico.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 41 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

15. El ministerio de Salud se reserva el derecho de determinar la medida de su participación en el pago de los gastos de su internación, según la reglamentación de rigor en este aspecto.
16. Usted tiene derecho de conservar y administrar sus bienes, aún durante su internación, salvo que medie una orden escrita del Director, indicando que usted no es capaz de administrar sus asuntos personales. Usted tiene derecho de apelar dicha decisión ante la Junta Psiquiátrica.
17. El Hospital le permitirá mantener su fe, su cultura y sus costumbres.
18. Usted tiene el deber de ser considerado con su prójimo, de respetar al equipo profesional y a todas las personas que se encuentren en el Hospital. Usted deberá conservar y respetar la limpieza, la tranquilidad y la intimidad de los demás pacientes, y no causarles ningún tipo de daño, a ellos o a sus pertenencias.
19. El equipo profesional lo considera a usted parte activa en la planificación de su propio tratamiento y de las modificaciones que puedan requerirse en el mismo. El progreso del tratamiento depende en gran medida en el grado de cooperación que recibamos de su parte. El equipo profesional espera que usted tome parte activa en las diferentes actividades, tratamientos y planes destinados a su persona.

Certifico por el presente que se me ha explicado el contenido de este formulario:

_____ Nombre del Paciente del Paciente	_____ Documento de Identidad	_____ Firma
--	---------------------------------	----------------

Nombre del Miembro del Equipo que Explicó al Paciente el Contenido del Formulario

_____ Firma del Miembro del Equipo	_____ Fecha
---------------------------------------	----------------

Copia: Familia del Paciente
Archivo del Paciente

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

_____ תאריך	_____ חתימה	_____ תפקיד בבית חולים	_____ שם
----------------	----------------	---------------------------	-------------

154 b, Nueva Versión, Agosto de 1992

Nota: Este documento ha sido redactado en masculino, pero se refiere a hombres y mujeres por igual

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 42 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

9.18. טופס הסכמה להרדמה

נוהל מס': 51.005	 אגף לבריאות הנפש הנושא: נהלי אשפוז ב"ח פסיכיאטריים הנדון: יחידות המספקות טיפולים מיוחדים (טיפול בנזעי חשמל – ECT)	
מהדורה מס': 4		
דף 25 מתוך 29 דפים		
תאריך תוקף: 1.06.2016		

נספח ו'

הסכמה להרדמה (רישום ע"י הרופא המרדים)

סוגי ההרדמה (אנלזיה) המקובלים הם הרדמה כללית, אזורית ומקומית, או שילוב בין השיטות. הרדמה כללית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס), ו/או מסכה, תכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.

הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבם וגורמת לאיחלוש של אזור מסוים בגוף. דוגמה להרדמה אזורית הן הרדמה אפידורלית והרדמה ספינלית, בהן מוזרק חומר הרדמה לחלל סביב חוט השדרה (בגב).

הרדמה מקומית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים לקרבת האזור המנותח. בדרך כלל הדבר מבוצע על ידי חמנית עצמו.

יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, לדוגמה: הרדמה כללית והרדמה אזורית, הרדמה אזורית והרדמה מקומית, וכן שילוב של שיטות הרדמה אזוריות.

סיכוני ההרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו. אצל אישה בהריון, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר, ויתכנו במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיכונים נדירים לעובר או להמשך ההריון.

על החולה למסור למרדמו מידע על מחלותיו/ה, רגישות לתרופות, ותגובות להרדמה קודמת, כולל סיכונים במידה והתרחשו.

שם החולה:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר	שם משפחה	שם פרטי		

על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן. כמו כן הוסבר לי מטרת ההרדמה ודרכי ביצועה האפשריים.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי סוגי ההרדמה השונים וכי קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה, ו/או שילוב בין סוגי ההרדמה השונים (למשל, כללית ומקומית, או כללית ואזורית), ו/או למעבר מסוג הרדמה אחד למשנהו, בהתאם לשיקול דעתם של המרדמים והמנתחים.

הוסבר לי תופעת הלואי לאחר הרדמה כללית לרבות: כאב גרון ואי נוחות בבלעיה, כאבי שרירים, בחילות והקאות ואי נוחות כללית. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיכונים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ולקנת הנשימה כתוצאה מהחדרת המיכשור הנחוץ להרדמה. במקרים נדירים יתכנו סיכונים קשים לרבות: תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי הכבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר אפשרי מוות מסיכונים אלה.

הוסבר לי תופעת הלואי בעת הרדמה אזורית לרבות: תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקה. לאחר סיום ההרדמה, ימשכו העדר התחושה והרגילה בתנועה עד לשיתוקים חולפים. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיכונים האפשריים לרבות: זיהום מקומי ו/או חתפתחות מורסה, ושטף דם מקומי (המטומה). בנוסף, הרדמה ספינלית ו/או אפידורלית מלווה לעיתים בכאבי גב, וקיימת אפשרות של דליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המוח לעטיפת חוט השדרה, שעלולים לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול. במקרים נדירים ביותר תיתכן פגיעה קבועה בעצבי הגפיים ובכיס השתן.

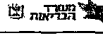
אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע ההרדמה, למעט

הוסבר לי שיתכן כשלון בביצוע ההרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצמות מראש. כשלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב, לעיתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך חלפת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן.

אני יודעת ומסכימה לכן שההרדמה על צורותיה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקה בידי אדם מסוים, ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האופטורפוס (קירבה)		חתימת האופטורפוס (במקרה של פסול דין, קטין או תולה נפש)
אני מאשרת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאופטורפוס של החולה את כל האמור לעיל במירוט ודרוש וכי הוא/היא התם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישון

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 43 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

נוהל מס': 51.005	 אגף לבריאות הנפש הנושא: נהלי אשפוז בי"ח פסיכיאטריים
מהדורה מס': 4	
דף 26 מתוך 29 דפים	
תאריך תוקף: 1.06.2016	
הנדון: יחידות המספקות טיפולים מיוחדים (טיפול בנזעי חשמל – ECT)	

נספח ז'

הכנה להרדמה לטנ"ח (למילוי על-ידי הרופא המרדים)

רקע רפואי הקשור להרדמה:

בדיקות והדמיות (מעבדה, נוספות)

ASA: _____ **שיניים תותבות** (הקף בעיגול): _____ **כן** **לא**

סיכום ההכנה להרדמה:

מאשר ביצוע הרדמה לטיפול בנזעי-חשמל.

רופא מרדים: _____ תאריך: _____

חתימה וחתימת

סולם ASA

סולם לסיווג המצב הגופני לפני ניתוח בהרדמה כללית. נמצא במתאם לסיכון התמותה במהלך הניתוח.

דרגת ASA	הגדרה	דוגמאות	הסיכון לתמותה (%)	דרישות הכנה להרדמה
I	מטופל בריא ללא מחלות סיסטמיות		0.06 – 0.08	ניתן לחסותפק בחערכת המרדים בבוקר הטיפול
II	מחלה סיסטמית אחת קלה ומאוזנת	סוכרת קלה, ילייד מאוזן, השמנה קלה, עישון ללא מחלת ריאות	0.27 – 0.4	
III	יותר ממחלה סיסטמית קלה אחת או מחלה סיסטמית אחת קשה חפוגעת בתפקוד, אך ללא סיכון מידי לחיים	מחלת כלי דם, ילייד לא מאוזן, אי ספיקת לב / כליות מאוזנים, COPD	1.8 – 4.3	נדרשת הערכה מוקדמת של הרופא המרדים (לא בבוקר הטיפול)
IV	מחלה סיסטמית קשה המהווה סיכון לחיי המטופל	אי ספיקת לב / כליות לא מאוזנים	7.8 - 23	לא ניתן לבצע ECT. יש לייצב קודם לכן את המחלה הגופנית

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 44 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

9.19. טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל, טנ"ח בעברית

נוהל מס': 51.005	אגף לבריאות הנפש
מהדורה מס': 4	הנושא: נהלי אשפוז בי"ח פסיכיאטריים
דף 19 מתוך 29 דפים	הנדון: יחידות המספקות טיפולים מיוחדים
תאריך תוקף: 1.06.2016	(טיפול בנזעי חשמל – ECT)

נספח ב'

הסכמה מדעת לטנ"ח (רישום ע"י הרופא המכין לטיפול)

הסכמה לקבלת טיפול מיוחד במאושפז מרצון לפי סעיף 4א(א) לחוק טיפול בחולי נפש, תשנ"א 1991

החסבר ניתן לי על ידי _____ (שם ותפקיד המסביר).

אני _____ (פרטי המטופל), המטופל ב _____ (פרטי מקום הטיפול), מצהיר בזאת ומאשר בחתימתי, כי הוסבר לי בשפה מובנת על: ההפרעה ממנה אני סובל, על מצבי הרפואי ועל הפרוגנוזה הצפויה במצבי. כמו כן הוסבר לי על הטיפול המיוחד המוצע לי, מטרתו, התועלת הצפויה ממנו וסיכונים אפשריים הכרוכים בו, לרבות תופעות לוואי אפשריות כגון כאב ואי-נוחות. נידון איתי הצורך בהרדמה כללית כחלק מהטיפול, ותוצאות אפשריות העלולות להיגרם בעקבות ההרדמה והטיפול. בנוסף נידונו עימי הסיכונים והסיכונים הכרוכים בהימנעות מטיפול במצבי, או אלו הכרוכים בטיפולים רפואיים חלופיים.

כמון כן הוסבר לי כי ,

- לפני הטיפול עליי לעבור סידרה של בדיקות רפואיות והתייעצויות עם רופאים מומחים אחרים על-פי הצורך.
- הטיפול מתבצע בהרדמה מלאה הנמשכת כעשר דקות. ההרדמה כוללת הרפיית שרירים ובזמן הטיפול נוכחים רופא מרדים, רופא פסיכיאטר וצוות סיעודי.
- במהלך הטיפול יוצמדו לראשי שתי אלקטרודות דרכם תועבר כמות מדודה של חשמל. ניתן להצמיד את האלקטרודות בצדו האחז של הראש (בד"כ ימין) או בשני צידי הראש. הרופא המטפל יבחר את המיקום המתאים יותר למצבי הקליני.
- סידרת טיפול אופיינית כוללת כ-12 טיפולים המתבצעים בתדירות של פעמים או שלוש בשבוע, ולעיתים נדרשים טיפולים נוספים על מנת להשיג השפעה מלאה. במקרים מסוימים, ימליץ הרופא להמשיך בטיפולים בתדירות נמוכה יותר גם לאחר השגת התוצאה הרצויה במטרה לשמר אותה.
- לא ניתן לצפות מראש כמה טיפולים יידרשו על מנת להשיג שיפור במצבי. כמו כן, השיפור עשוי להיות מלא או חלקי, ובמקרים מסוימים לא מושגת תגובה משמעותית לטיפול.
- עלי להימצא בהשגחה רפואית כשעתיים אחרי הטיפול. בנוסף, במידה והטיפולים מתבצעים באופן אמבולטורי (כאשר איני מאושפז) עלי לדאוג לליווי מותאם לאחר הטיפול.
- במשך 24 שעות לאחר ההרדמה עלי להימנע מנהיגה.
- חיוני להמשיך בטיפול אחזקתי בתום סידרת הטיפולים. טיפול זה יכול לכלול: תרופות, טיפול קבוע בנזע חשמל, שיחות או שילובים של הנ"ל.

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה:
עמוד 45 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת		

נוהל מס': 51.005	אגף לבריאות הנפש
מהדורה מס': 4	הנושא: נהלי אשפוז ב"ח פסיכיאטריים
דף 20 מתוך 29 דפים	הנדון: יחידות המספקות טיפולים מיוחדים
תאריך תוקף: 1.06.2016	(טיפול בנזעי חשמל – ECT)

- במהלך הטנייה ולאחריו עלולות להופיע תופעות לוואי. בעניין זה הוסבר לי כי:
- הסיכון לתופעות לוואי מסכנות לחיים ולמוות נמוך מאוד. מוות כתוצאה מהטיפול מתרחש על פי הדיווחים אחת ל-100,000 טיפולים. במידה והחולה סובל מתחלואה גופנית נלווית הסיכון עולה באופן יחסי לחומרת המחלה הגופנית הנלווית.
 - תופעת לוואי קלות וחולפת כגון כאב ראש, כאב שרירים קל, בחילות והקאות ובלבול עלולות להופיע בשעות שלאחר הטיפול וצפויות לחלוף.
 - הטנייה ילול להשפיע באופן לא רצוי על הזיכרון. פגיעה אפשרית בזיכרון לטווח קצר (לאירועים שאירעו בזמן הטיפול ובשבועות שלפניו) חולפת ברוב המקרים מספר שבועות לאחר סיום סדרת הטיפולים. פגיעה אפשרית בזיכרון לטווח ארוך (אירועים מהעבר הרחוק) נדירה יותר, ונוטה גם כן לחלוף ככל שמתרחקים מסדרת הטיפולים. תוארו מקרים בהם התלונות על קשיים בזיכרון למשכו לתקופה ארוכה יותר.

על סמך המידע שנמסר לי, שקלתי את התועלת הצפויה למול הסיכונים הכרוכים בטיפול והחלטתי להיענות להמלצה. החלטתי זו נעשית מבחירה חופשית ואני רשאי לסגת מהסכמתי לטיפול בכל שלב מבלי שהטיפול בי יפגע. עותק של טופס ההסכמה עליו חתמתי נמסר לידי.

הוסבר לי שאוכל לפנות לצוות יחידת הטנייה בכל שאלה במהלך הטיפול ולאחר שישתיים. אני מסכים שאנשי הצוות המטפל יבצעו את הנדרש על מנת לבצע את הטיפולים על-פי שיקול דעתם המקצועי ובהתאם לנסיבות. אני מאשר שלא ניתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים הבדיקות והחלימים הרפואיים שיינתנו לי בבית החולים / מרפאה, וכי ידוע לי ואני מסכים שהטיפולים ייעשו בידי מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים. אני מצהיר בזאת כי לא חובטח לי שהטיפולים ייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

שם המטופל: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

שם האפוטרופוס (במידה וקיים): _____ מען האפוטרופוס: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

אני מאשר בזה כי הטופס נחתם בפני,

שם הרופא: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל: 55	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 46 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת	

9.20. טופס הסכמה מדעת לטיפול בנוזעי חשמל, טנ"ח באנגלית

[טופס הסכמה מדעת לטיפול בנוזעי חשמל - אנגלית]

מדינת ישראל



**משרד הבריאות
המרכז לבריאות הנפש באר שבע**

Informed Consent Form for Electroconvulsive Therapy (Replacing Form 7 Consent to Special Treatment)

Label

Electroconvulsive therapy has been recommended for me by the attending physician, Dr. _____ from the Department of _____.

The attending physician has provided me with an explanation regarding the illness from which I suffer and the reason he recommends that I undergo a series of electrotherapy treatments.

The attending physician has explained the various therapy options available to me and has also explained why he specifically recommends electroconvulsive therapy.

It has also been explained to me that:

- Before the start of treatment I am required to undergo a series of medical tests and consults with other specialists, as needed; for example: an internist.
- The treatment is performed under full anesthesia which lasts for approximately 10 minutes. The anesthesia also includes muscle relaxants; and an anesthesiologist, a psychiatrist and a nursing staff is present during the treatment.
- During the treatment two electrodes will be applied to my head and a measured amount of electricity will be passed through them. These electrodes may be applied to one or both temples, on either side of the forehead. The attending physician will choose the most appropriate location, in accordance with my clinical condition.
- A typical treatment series consists of between 6 and 12 treatments which are given approximately 2 or 3 times a week, but at times a greater number of treatments is needed

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל: 55	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 47 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת	

in order to achieve the full effect. In some cases, the doctor will recommend continuing the treatments even after the desired effect is achieved, in order to preserve that effect. In this case, the frequency of treatment will gradually decrease to once every 4 - 6 weeks.

- It has been explained to me that it is not possible to know in advance how many treatments will be needed in order to achieve an improvement in my condition. In addition, the improvement may be full or partial; in certain cases, there is no significant response to the treatment.
 - It has been explained to me that I must remain under medical supervision for up to 3 hours following each treatment. Furthermore, if the treatments are carried out in an ambulatory framework (when I am not hospitalized), I must find an appropriate chaperone to accompany me.
 - It has been explained to me that it is recommended not to drive for 24 hours following the anesthesia.
 - It has been explained to me that continued maintenance therapy is essential following the completed treatment series. Such therapy may include: medications, electroconvulsive therapy, or combined treatment and talk therapy.
- It has been explained to me that the following side effects may appear both during and following electroconvulsive therapy:
- The risk of severe side effects (death, heart attacks) is very small and is equal to the risk inherent in short-term general anesthesia.
 - Mild, transient side effects such as headache, mild muscle pain, vomiting and confusion may appear during the hours after a treatment, and resolve soon after.
 - Electroconvulsive therapy may negatively affect memory. Both short-term and long-term memory may be affected. The effect on short-term memory (events that occurred during the treatment and in the weeks before the treatment) ends several weeks after the end of the treatments. The effect on long-term memory (events from the distant past) usually ends several months after completion of the treatments; however, cases have been reported in which patient complaints continued for a longer period of time.

I have been assured that I will be able to consult the attending physician as well as the staff at the Electroconvulsive Therapy Unit regarding any questions which may arise during the treatment and following the treatment. I have decided to agree to the treatment of my own free will and I may withdraw this consent at any time, with no negative effect on my care.

I have received an information leaflet which contains data and detailed explanations regarding the treatment.

Based on the information given me, I have weighed the expected benefits versus the possible side effects.

A copy of the consent form that I signed has been given to me.

	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 48 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

Patient's name: _____ Signature: _____ Date: _____

Relative's name: _____ Signature: _____ Date: _____

Guardian's name (if relevant): _____ Signature: _____ Date: _____

The name of the physician who provided the explanations: _____

Signature: _____ Date: _____

Handwritten signature

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 49 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת	

9.21. טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל, טנ"ח ברוסית

[טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל – רוסית]

מדינת ישראל



משרד הבריאות המרכז לבריאות הנפש באר שבע

**Бланк осознанного согласия на электрошоковую терапию
(вместо Формы 7 - Согласие на проведение особого лечения)**

Наклейка

Лечение методом электрошоковой терапии было рекомендовано лечащим врачом д-ром _____ из _____ отделения.

Лечащий врач разъяснил мне, какой болезнью я страдаю, и почему он советует мне пройти курс сеансов электрошоковой терапии. Лечащий врач дал мне разъяснения по поводу различных вариантов лечения, имеющихся в моем распоряжении, а также почему он советует мне именно электрошоковую терапию.

Кроме того, мне было разъяснено, что:

- Перед началом лечения мне нужно будет, по мере необходимости, пройти ряд медицинских обследований и консультаций с прочими врачами-специалистами, например, с врачом-терапевтом.
- Лечение проводится под полным наркозом, который длится около 10 минут. Анестезия включает также препараты для расслабления мышц. В ходе лечения будут присутствовать врач-анестезиолог, врач-психиатр и медсестринский персонал.
- В процессе лечения к моей голове будут прикреплены 2 электрода, через которые будет пропускаться отмеренное количество электричества. Эти электроды можно прикрепить на висках с одной или с обеих сторон лба. Лечащий врач выберет место, наиболее подходящее при моем клиническом состоянии.
- Стандартная серия сеансов включает 8 – 12 сеансов, проходящих 2-3 раза в неделю, однако иногда для достижения наилучшего результата возникает необходимость в большем количестве сеансов. В некоторых случаях врач может посоветовать продолжить лечение и после достижения желаемого результата, чтобы закрепить его. В этом случае частота сеансов постепенно сократится до 1 раза в 4-8 недель.
- Мне разъяснено, что невозможно заранее предвидеть, сколько сеансов может понадобиться, чтобы достичь улучшения в моем состоянии. Кроме того, улучшение может оказаться полным или частичным. В некоторых случаях может не наблюдаться значительной реакции на лечение.
- Мне разъяснено, что я должен буду находиться под медицинским наблюдением в течение около 3 часов после лечения. Помимо этого,

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 50 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת	

- Мне разъяснено, что по окончании курса очень важно продолжать поддерживающее лечение. Такое лечение может включать лекарственные препараты, электрошоковую терапию или комплексное лечение и беседы.

Мне разъяснено, что в ходе электрошоковой терапии и после нее могут проявиться следующие побочные эффекты:

- Риск проявления серьезных побочных эффектов (смерть, сердечные приступы) чрезвычайно невелик и аналогичен риску при любом кратковременном общем наркозе.
- В первые часы после лечения могут появиться такие незначительные и проходящие побочные эффекты, как головные боли, слабые мышечные боли, рвота и спутанность сознания – они вскоре проходят.
- Электрошоковая терапия может нежелательным образом повлиять на память. Это воздействие на кратковременную или долговременную память. Воздействие на кратковременную память (события, имевшие место во время лечения и в предыдущие недели) проходит через несколько недель после окончания лечения. Воздействие на долговременную память (события из далекого прошлого) проходит в большинстве случаев через несколько месяцев после окончания лечения, однако, в литературе описаны случаи, когда жалобы продолжались и в течение более длительного периода.

Мне гарантировано, что я смогу по любому вопросу обратиться к лечащему врачу и к персоналу блока электрошоковой терапии как в ходе лечения, так и после его окончания. Я даю свое согласие на лечение по своей доброй воле, и я имею право передумать на любом этапе лечения, и при этом мое лечение никоим образом не пострадает.

Я получил(а) информационный листок, содержащий подробные сведения и разъяснения по поводу этого лечения.

На основании сообщенной мне информации я обдумал(а) ожидаемую пользу от лечения и противопоставил(а) ее возможным побочным эффектам.

Мне передана копия подписанного мной бланка согласия.

Фамилия и имя пациента _____ Подпись: _____ Дата: _____

Фамилия и имя родственника _____ Подпись: _____ Дата: _____

Фамилия и имя опекуна (если имеется): _____ Подпись: _____ Дата: _____

Фамилия давшего разъяснения врача: _____ Подпись: _____ Дата: _____

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 51 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת	

9.22. טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל, טנ"ח בערבית

دولة إسرائيل

مركز الصحة النفسية

بنير السبع

وزارة الصحة

ملحق بمدرسة الطب

جامعة بن غوريون في النقب

טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל - ערבית

מדינת ישראל



משרד הבריאות
המרכז לבריאות הנפש באר שבע

استمارة موافقة مستتيرة على العلاج بالصعق الكهربائي

(بدلاً من الاستمارة رقم 7 - الموافقة على تلقي علاج خاص)

ملصقة

تمت توصيتي بتلقي العلاج بالصعق الكهربائي من قبل الطبيب المعالج، د. _____ من قسم: _____.

شرح لي الطبيب المعالج ما يتعلق بالمرض الذي أعاني منه ولماذا يوصيني بتلقي سلسلة من العلاجات بالكهرباء. شرح لي الطبيب المعالج الإمكانيات العلاجية المختلفة المتاحة أمامي وأيضاً لماذا أوصيت بالخضوع للعلاج بالصعق الكهربائي.

كذلك، تلقيت شرحاً بأن:

- قبل العلاج علي الخضوع لسلسلة من الفحوص الطبية والاستشارات مع أطباء مختصين آخرين، إذا استدعت الحاجة ذلك، مثل: طبيب الأمراض الباطنية.
- يتم العلاج تحت التخدير الكلي ويستمر لمدة 10 دقائق. يشمل التخدير أيضاً أدوية لإرخاء العضلات، ويتواجد خلال العلاج طبيب تخدير، طبيب نفسي، وطاقم تمريضي.
- خلال العلاج، سيوضع على رأسي قطبان كهربائيان يتم من خلالها إيصال كمية محدودة من الكهرباء. من الممكن وضع هذه الأقطاب في جهة واحدة أو على الصدغين من جانبي الرأس. سيقوم الطبيب المعالج باختيار المكان الأكثر ملائمة لوضعي السريري.
- تتضمن مجموعة العلاجات التقليدية ما بين 6-12 جلسة علاجية يتم إجراؤها ما بين 2-3 مرات أسبوعياً، لكن أحياناً تكون هناك حاجة لعدد أكبر من العلاجات من أجل التوصل إلى تأثير كامل. في بعض الحالات، قد يوصي الطبيب بمتابعة العلاجات

 משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	תאריך הפצה:
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 52 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת	

דولة إسرائيل

מركز الصحة النفسية

بنر السبع

وزارة الصحة

ملحق بمدرسة الطب

جامعة بن غوريون في النقب

حتى بعد الحصول على النتائج المرجوة من أجل الحفاظ عليها. في مثل هذه الحالة، ستقل وتيرة العلاجات تدريجياً وصولاً إلى جلسة واحدة كل 4-6 أسابيع.

- تلقيت شرحاً أنه ليس بالإمكان التوقع سلفاً لعدد الجلسات العلاجية اللازمة من أجل حصول تحسن في وضعي. كذلك، من الممكن أن يكون التحسن كلياً أو جزئياً. في بعض الحالات، لا يتم التوصل إلى ردة فعل جديّة للعلاج.
- تلقيت شرحاً بأنني يجب أن أكون تحت الرقابة الطبية لمدة 3 ساعات بعد العلاج. كذلك، في حال تم إجراء العلاجات بصورة إسعافية (أي عندما لا أكون قيد التيسير) فيجب أن تكون معي مرافقة ملائمة.
- تلقيت شرحاً أنه من المحبذ عدم قيادة السيارة إلى حين مرور 24 ساعة بعد التخدير.
- تلقيت شرحاً بأنه من الحيوي الاستمرار بالعلاج التأكدي بعد انتهاء سلسلة العلاجات. من الممكن أن يتضمن هذا العلاج أدوية، صعقات كهربائية أو محادثات وعلاجات مدمجة.

تلقيت شرحاً أنه خلال العلاج بالصعقات الكهربائية وبعده، من الممكن أن تظهر الأعراض الجانبية التالية:

- احتمال الأعراض الجانبية الخطيرة (الوفاة، النوبات القلبية) قليل جداً، وهو مسلي للخطر المنوط بالتخدير الكلي القصير.
- من الممكن أن تظهر أعراض جانبية خفيفة وعابرة مثل ألم الرأس، ألم خفيف في العضلات، تقيؤات وبليلة خلال الساعات التي تلي العلاج، ثم ما تلبث أن تتلاشى -إلحاقاً.
- من شأن العلاج بالصعقات الكهربائية أن يؤثر بشكل غير مرغوب على الذاكرة. من الممكن أن يكون التأثير على الذاكرة قصيرة الأمد أو طويلة الأمد. يتلاشى التأثير على الذاكرة قصيرة الأمد (للأحداث التي وقعت خلال فترة العلاج وخلال الأسابيع التي سبقتها)، بعد عدة أسابيع من انتهاء العلاج. أما التأثير على الذاكرة طويلة الأمد فغالباً ما يختفي بعد انتهاء العلاج بعدة أشهر، لكن تم الإبلاغ عن حالات استمرت الشكوى فيها لفترة أطول.

تم التأكيد أمامي على أن بإمكانني أن أتوجه للطبيب المعالج ولطاقم وحدة العلاج بالصعق الكهربائي بأي سؤال أو استفسار خلال العلاج وبعد انتهائه. قراري بالموافقة على العلاج تم من منطلق الاختيار الحر، وبحق لي التراجع عن موافقتي هذه في أية مرحلة دون أن يتم المس بعلاجي.

تلقيت نشرة معلومات تتضمن معطيات وشروحات مفصلة حول العلاج.

بناءً على المعلومات التي تم تقديمها لي، فكرت بالفوائد المرجوة في مقابل الأعراض الجانبية الممكنة.

تم تسليمي نسخة من استمارة الموافقة التي قمت بالتوقيع عليها.

اسم المريض: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

اسم قريب العائلة: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

اسم الوصي (إذا كان موجوداً): _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

اسم الطبيب مقدم الشرح: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

	זכויות המטופל ומשפחתו	משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה	
מס' נוהל:	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22
עמוד 53 מתוך 55	שם הנוהל: נוהל הסכמה מדעת	

9.23. טופס הסכמה מדעת לטיפול בנזעי חשמל, טנ"ח בצרפתית

ÉTAT D'ISRAËL
Ministère de la santé

הסכמה של מאושפז מרצון לקבלת טיפול מיוחד

Hospitalisation volontaire et traitement spécial
(paragraphe 4(A) de la loi du malade mental 1991)

Nom de famille	Prénom	Nom du père	Numéro d'identité
----------------	--------	-------------	-------------------

Hospitalisé à _____

Je soussigné avoir reçu une explication détaillée sur mon état de santé et sur le traitement spécial que je dois recevoir comprenant une anesthésie et les effets secondaires qu'il peut y avoir.

Nom du traitement _____

Le traitement m'a été expliqué par _____
employé en tant que _____

J'accepte de recevoir tout traitement nécessaire par le personnel médical (médecins, infirmières etc.) selon les besoins médicaux de mon état.

Je soussigné qu'il ne m'a été donné aucune promesse concernant les résultats du traitement. Les examens et les traitements médicaux que je suis sensé recevoir à l'hôpital seront donnés par le personnel adéquat selon les lois et conditions de travail de l'hôpital. Je n'ai reçu aucune promesse concernant le médecin qui effectuera le traitement.

Nom et signature du patient/tuteur _____

Adresse _____

Je soussigné avoir été présent lors de la signature de ce formulaire.

_____	_____	_____	_____
Nom	Membre du personnel hospitalier	Signature	Date

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

_____	_____	_____	_____
תאריך	חתימה	תפקיד בבית חולים	שם

 בארות המרכז הרפואי לבריאות הנפש אצלנו אנשים משנים	זכויות המטופל ומשפחתו		משרד הבריאות בארות המרכז לבריאות הנפש
1	מהדורה		
מס' נוהל :	עד תאריך: 1.04.2025	תקף מתאריך: 1.04.22	תאריך הפצה :
עמוד 55 מתוך 55	שם הנוהל : נוהל הסכמה מדעת		

4) État de santé psychiatrique:

Nous soussignons avoir ausculté le patient et/ou lu son dossier médical et nous sommes arrivés à la conclusion que le patient cité ci-dessus doit subir un électroencéphalogramme.

_____ Directeur du service l'hôpital	_____ Directeur de l'unité de ECT	_____ Directeur de
_____ Date	_____ Date	_____ Date
אני מאשר כי הטופס נחתם בפני		
_____ תאריך	_____ חתימה	_____ תפקיד בבית חולים
		שם