

טופס הסכמה לקבלת חיסון נגד שפעת

Inflvac / Influvac tetra / Vaxigrip Tetra / Fluarix Tetra / Efluelda High Dose

חיסונים נגד שפעת ניתנים בהתאם להמלצת משרד הבריאות בארץ על בסיס שנתי.

שם המטופל: _____ מספר ת.ז. _____

טלפון: _____ קופת חולים: _____

אני מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. הנני מסכים לקבל חיסון מומת נגד שפעת הניתן בזריקה לשריר (להלן: **החיסון**), על ידי אחות מטעם חברת מדיקר בריאות (נובולוג) בע"מ (להלן: **מדיקר**).
2. עניתי למיטב ידיעתי על כל השאלות הנוגעות למצבי הרפואי, שהופנו אליי על ידי האחות, ניתנה לי האפשרות לשאול את כל השאלות שרציתי בנוגע לקבלת החיסון וקיבלתי מענה מספק לשאלותיי.
3. ניתן לי הסבר על ידי האחות בנוגע לחיסון. במסגרת ההסבר שניתן לי על ידי האחות, הובאו לידיעתי הנושאים הבאים:

- **יעילות החיסון** תלויה בגורמים רבים: התאמתו לזני השפעת התוקפים במהלך החורף, המצב החיסוני של מקבלי החיסונים, גילי המתחסנים ועוד.

- בניגוד למחלות נגיפיות אחרות, שהחיסון נגדן ניתן פעם אחת בלבד, **הרי נגד שפעת יש להתחסן מדי שנה.**

רוב מקבלי החיסון אינם סובלים מתופעות כלשהן, התופעות עשויות להופיע יום- יומיים לאחר החיסון.

תופעות הלוואי המקומיות השכיחות ביותר: אודם, כאב או נפיחות.

תופעות הלוואי הסיסטמיות השכיחות ביותר: חום, צרידות, שיעול, גירוי בעיניים, כאבי שרירים, כאבי ראש, גרד, עייפות.

לעיתים נדירות מאוד עלולות להופיע תופעות אלרגיות מיידיות:

אורטיקריה שמתבטאת בנגעים אדומים ומגרדים.

אנגיואדמה שמתבטא בבצקות ברקמות רכות ובאיברים עשירים בהספקת דם כמו תת עור, לשון, שפתיים, עפעפיים.

אנפילקסיס שמתבטאת בקוצר נשימה, בגרד או בפריחה נרחבת, בירידה בלחץ הדם, בדופק מהיר, בסחרחורת, בכאבי בטן חזקים, בהקאה או בשלשול.

תגובות אלה מופיעות במהירות ולכן מומלץ להמתין במרפאה כ-20 דקות אחרי החיסון להשגחה ולמעקב.

4. קיבלתי הוראות כיצד יש לנהוג לאחר קבלת החיסון. הוסבר לי כי במידה ומופיעה כל תופעה בלתי רצויה אחרת, יש ליידע את הרופא המטפל בהקדם האפשרי. הוסבר לי כי לילדים מתחת לגיל 9 שנים, שלא קיבלו עד היום לפחות מנת חיסון נגד שפעת, יש להשלים מנה שניה של החיסון נגד שפעת בקופת חולים, 4 שבועות לפחות לאחר קבלת המנה הראשונה.

5. דיווח מצדך על תופעת לוואי ו/או תלונת איכות הקשורות בשימוש בחיסון יועבר על ידי מדיקר לחברת התרופות המייצרת את החיסון ובכפוף להסכמתך הדיווח יועבר בצירוף פרטיך האישיים. כמו כן, במידת הצורך יועבר דיווח תופעות הלוואי למשרד הבריאות.
6. הובהר לי כי לאחר החתימה על טופס זה, לא אוכל לחזור בי מהסכמתי לקבלת החיסון, ואני מוותר/ת מראש על כל תביעה או טענה כנגד מדיקר בקשר עם מתן החיסון.
7. הוסבר לי כי מדיקר רשאית להעביר דיווח על קבלת החיסון לקופת החולים בה אני חבר לצורך עדכון תיקי הרפואי, ואני נותן את הסכמתי להעברת המידע האמור, וכן לשמירת תיעוד מתן החיסון בידי מדיקר לצורך בקרה בלבד.
8. הובהר לי כי לא ייגבה ממני כל תשלום בעבור קבלת החיסון שיינתן לי ולא תינתן לי כל תמורה בעבור הסכמתי לקבלת החיסון, ואני מביע בזאת את הסכמתי, מרצוני החופשי, לקבל את החיסון.
9. אני מצהיר שקראתי והבנתי את תוכנו של טופס הסכמה זה.
10. אני מצהיר שניתנה לי האפשרות לשאול שאלות על טופס ההסכמה או החיסון לפני חתימה על טופס הסכמה זה.
11. אני מצהיר שאני כשיר משפטית לחתום על טופס הסכמה זה.

על החתום:

שם החותם: _____
ת.ז. _____
חתימה: _____
תאריך: _____

במצבים בהם המתחסן הוא קטין:

אני הח"מ _____, ת.ז. _____ האב / האם (*סמן בהתאם) של
המטופל הנ"ל מצהיר שאני האפוטרופוס החוקי של המטופל, וכי אני כשיר משפטית לחתום על טופס
הסכמה זה.

שם החותם: _____
ת.ז. _____
חתימה: _____
תאריך: _____