



טופס הסכמה והצהרה לשירות **Home Care Plus**

מטופל/ת יקר/ה,

ברכות על הצטרפותך לשירות טיפולי בית של "בית" שיבא Beyond, שמטרתו להעניק טיפול רפואי וסיעודי במסגרת ביתית, כחלופה לאשפוז או להמשך אשפוז בבית החולים, באמצעות טכנולוגיות ניטור מרחוק.

במסגרת קליטתך לשירות, תהנה/י משהייה בסביבתך הטבעית והמוכרת ותזכה/י לקבלת טיפול יומי, איכותי ומותאם עבורך על ידי צוות רופאים מומחים ואחיות מוסמכות מהמחלקות המובילות במרכז הרפואי על שם שיבא.

שירות זה מבטיח מעקב רפואי צמוד וזמינות לכל שאלה או מצב של החמרה רפואית.

השירות כולל:

- **אבחון ראשוני והתאמת תכנית טיפול:** פגישת טלה-מדיסין (שיחת וידאו) עם רופא פנימאי בכיר הכוללת אנמנזה רפואית, הערכה תפקודית, בניית תכנית טיפול בהתאמה אישית לצרכיך ומצבך הרפואי.
- **ביקור רפואי יומי מקוון:** ביקור יומי מקוון של רופא פנימאי בכיר (שיחת וידאו) בשימוש טכנולוגיות טיפול וניטור מרחוק לשם מעקב ופיקוח אחר מצבך הרפואי ומתן הנחיות טיפול.
- **טיפול סיעודי בביתך:** שירותי סיעוד בביתך בהתאם לתכנית הטיפול: בדיקות דם, עירוי נוזלים ומתן תרופות.
- **ניטור סימנים חיוניים:** "שידור" סימנים חיוניים – סטורציה (רמת החמצן בדם), דופק, חום – באפליקציה ייעודית.
- **ליווי ומעקב מתמשך:** התכתבות עם הרופא באפליקציה הייעודית בכל שעה, גם בסופי שבוע.
- **בדיקות הדמיה:** צילומי חזה בביתך על ידי רנטגנאי מוסמך (בהתאם לצורך רפואי).
- **ציוד רפואי מתקדם:** אספקת מחולל חמצן לביתך (בהתאם לצורך רפואי).
- **ערכה לניטור מרחוק:** הערכה מכילה: מד חום, מד סטורציה וגם שי"ע ל"עידוד בבידוד" במקרה הצורך. הערכה תסופק בעזרת שליח עד הבית או במסגרת מפגש בית ראשון עם איש הצוות.
- **מוקד רפואי:** זמינות לכל שאלה או מצב של החמרה רפואית.
- **פינוי באמבולנס:** פינוי מבית החולים לביתך ופינוי מביתך לבית החולים במקרה של החמרה במצבך הרפואי (תאום).
- **סיכום רפואי:** מתן סיכום רפואי והמלצות להמשך טיפול בקהילה.

בחתימתי אני מצהיר/ה בזאת כי:

- הוסבר לי אודות שירות **HOME CARE PLUS** ואני מעוניין/ת ומבקש/ת לקבל שירות זה.
- הבנתי שמומלץ כי תהיה מעורבות קרוב משפחה או אדם משמעותי אחר בעת הטיפול בבית שבמידת הצורך יוכל לתקשר עם צוות המטפלים וכן לקבל מידע מצוות המטפלים אודות הטיפול בי. אני מאשר/ת מסירת מידע הנוגע למצבי הרפואי לבן המשפחה שאת פרטיו מסרתי לצוות המטפל (יש למסור פרטי המלווה לצוות המטפל).
- הוסברו לי התוצאות הרצויות, הסיכונים הסבירים ודרכי המעקב החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מתהליכים אלה והבדיקות הכרוכות בכך. כמו כן, הוסבר לי וקיבלתי הדרכה מלאה ומפורטת אותה הבנתי ביחס לדרכי ההתמודדות והמעקב העצמי עם אותם מצבים.
- הוסבר לי בעל פה ובכתב ואני מבין/ה מהן הפעולות אותן צריך/ה אני לבצע במסגרת המעקב הביתי, במהלך חיי היום יום בבית.
- הוסבר לי שעל מנת לספק לי את השירות הרפואי המיטבי, באחריות לספק לצוות פרטים מלאים על מצבי הרפואי.
- הוסבר לי כי במסגרת השתתפותי בשירות יועבר מידע מקוון הכולל התייחסויות שונות למצבי הרפואי. המידע יהיה נגיש לצוות הרפואי והסיעודי של שיבא Beyond. העברת המידע תעשה ברובה תוך שימוש באמצעי תקשורת מקוונת. העברת הנתונים תעשה באופן רצוף, ותהיה נתונה באופן מרבי להגנה של אבטחת מידע על מנת למנוע את חשיפת המידע.
- הוסבר לי שיתקיים מעקב אחר מדדים שונים במהלך השתתפותי בשירות על ידי צוות המטפלים.
- הוסבר לי כי המפגשים המקוונים עם צוות המעקב (שיחות וידאו) יתקיימו לאחר קבלה לתכנית המעקב ובכל בוקר, למעט במקרים דחופים או לחילופין שינויים הנובעים כתוצאה מעניינים דחופים.
- הוסבר לי על השירותים להם אני זכאי/ת במהלך השירות.
- הוסבר לי בעל פה ובכתב ואני מבין/ה כי בכל מקרה של בעיות הקשורות לטיפול ו/או לצידוד הנלווה עליי לפנות למוקד הרפואי, וכי יש לי את האמצעים כולל אנשים השוהים בקרבותי היכולים לסייע לי לצורך כך.
- הוסבר לי ואני מבין/ה כי בכל מקרה של סיבוך ו/או תחושה רעה ו/או בלתי רגילה ושונה מן הרגיל במהלך האשפוז, עליי לדווח על כך מיידית למוקד רפואי או מוקד לרפואה דחופה וכי יש לי את האמצעים כולל אנשים השוהים בקרבותי היכולים לסייע לי לצורך כך.
- הוסבר לי שאם הצוות המטפל ממליץ על הפניה לבית החולים ואני מסרב/ת להתפנות, צוות שיבא Beyond לא יישא עוד באחריות על מצבי הרפואי.
- הוסבר לי כי צוות השירות יהיה רשאי להחליט על סיום השתתפותי בשירות על בסיס שיקולים קליניים וכחלק משמירה על טיפול מיטבי בי.
- הוסבר לי כי יש באפשרותי להפסיק את השתתפותי בשירות בכל שלב.
- אני מודע/ת ומסכים/ה לכך שהשתתפותי בשירות תתועד לצרכים רפואיים וכן לצרכי מעקב ושיפור השירות. אני מסכים/ה כי נתונים אודות השתתפותי בשירות יישמרו על ידי המרכז הרפואי על שם שיבא וישמשו לצרכים אלה.

שם המטופל/ת: _____ ת.ז: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

שם בן משפחה מלווה _____ ת.ז מלווה: _____

טלפון בן משפחה: _____



- בחתימתי על מסמך זה אני הח"מ מצהיר בזאת כי קראתי את התוכן של מסמך זה, הבנתי את תוכנו ואני מתחייב/ת לקיימו.
- בחתימתי על מסמך זה אני הח"מ מאשר/ת את הסכמתי להצטרף לשירות ולקבל את המעקב/ טיפול הרפואי לו אני זקוק/ה במסגרתו.
- בחתימתי על מסמך זה אני הח"מ מאשר/ת את הסכמתי כי בן משפחה / מלווה אשר פרטיו נמסרו ברגע החתימה יקבל מידע רפואי על המצב הבריאותי שלי במסגרת אשפוז בית שיבא Beyond .