

טופס רפואה יועצת

בקשה לרישיון שימוש בקנאביס רפואי

_____ | תאריך: _____

מידע כללי – פרטי המבקש/ת (המטופל/ת)

_____ | *מספר זהות: _____ | *שם פרטי: _____ | *שם משפחה: _____
 _____ | *מס' טלפון ראשי: _____ | *מס' טלפון נוסף/נייד: _____
 _____ | *דוא"ל: _____

סיבת הפנייה

_____ | רישיון חדש | חידוש רישיון | שינוי מינון THC/CBD | העלאת מינון גרם/מ"ל | שינוי צורת נטילה (שמן/תפוחית/משאף
 אחר (נא לציין סיבה) _____

תחום הטיפול (התוויה) שבגינו נדרש טיפול בקנאביס

_____ | סרטן | קרועה | קוליטיס | כאב | איידס | טרשת נפוצה | פרקינסון | תסמונת טורט | אפילפסיה | פליאטיבי |
 _____ | PTSD | אוטיזם ילדים | אחר | _____

מחלה / אבחנה

- _____ | אבחנה: _____
- _____ | תרופות רלוונטיות שנטלו: _____
- _____ | טיפולים רלוונטיים שבוצעו: _____

- _____ | האם יש צורך בחוות דעת פסיכיאטר? כן | לא

_____ (נדרש במקרים בהם קיים עבר של התמכרות, או כשהמטופל/ת נמצא במעקב פסיכיאטרי, או כשהרופא המבקש סבור שיש הצדקה לכך) אם
 כן – יש לצרף חוות דעת פסיכיאטר על-גבי טופס: נספח לבקשה לטיפול מסייע בקנאביס לחולי PTSD

- _____ | הסיבות להמלצה על קנאביס רפואי: _____

חובה לצרף לטופס זה תיעוד המעקב הרפואי הרלוונטי שבוצע על ידך (בהתאם לנדרש בנוהל 106)

קישור לנוהל 106: https://www.health.gov.il/hozer/CN_106_2019.pdf

שמן	תפריח	משאף
סוג 1:	המינון המבוקש (בגרם/מ"ל):	
סוג 2:	המינון המבוקש (בגרם/מ"ל):	
סוג 3:	המינון המבוקש (בגרם/מ"ל):	
הערות:		

חשוב! יש לברר עם המטופל צורת הנטילה המועדפת עליו (דגש על מטופלים שאינם מעשנים ו/או סולדים מטעם של שמן)
התאמת המינון הסופית תבצע ע"י הרופא המאשר במקד, בהתאם לפרקטיקה GCP ("הספר הירוק") של היק"ר, תוך התחשבות
בהעדפות הממליץ והמטופל, וע"פ שיקוליו המקצועיים של הרופא מאשר.

* גורם משנע – גורם נוסף שיכול לרכוש או לקבל הקנאביס בנוסף למטופל עצמו:

שם פרטי	שם משפחה	מס' ת"ז
שם פרטי	שם משפחה	מס' ת"ז

* יש לצרף סריקת תעודה מזהה (ת"ז, רישיון נהיגה, דרכון) של הגורם המשנע הנוסף, בפורמט PDF

פרטי הרופא הממליץ

שם פרטי: | שם משפחה: | מס' רישיון רופא: |
מס' רישיון מומחה: | דוא"ל רופא: | נייד רופא: |

| התמחות הרופא הממליץ הרלוונטית להתוויה המאושרת: |

גילוי דעת (דיסקליימר) - למילוי ע"י הרופא הממליץ*

*יש לסמן את כל אחד מהסעיפים בנפרד

- שם המטופל: _____ ת"ז מטופל: _____
1. ☐ הוסבר למטופל/ת כי אין לנו מידע לגבי תופעות לוואי לטווח ארוך של שימוש בקנביס
 2. ☐ הוסבר למטופל/ת כי חל איסור חוקי לנהוג כל עוד הוא מטופל בקנביס
 3. ☐ אני מאשר/ת כי הבאתי לידיעת המטופל/ת כי שליחת הבקשה אינה מהווה סיום התהליך חובה להשלים את כלל המסמכים הנדרשים. הבקשה תידון רק לאחר קבלת כל המסמכים
 4. ☐ אני מצהיר/ה כי המטופל/ת הופיע/ה בפניי וכי זיהיתי אותו/ה על פי תעודה מזהה רשמית
 5. ☐ אני מצהיר/ה כי ערכתי למטופל/ת בדיקה רפואית וכי תיעדתי את המפגש ברשומת המטופל/ת
 6. ☐ אני מצהיר/ה כי ההתוויה שבעטיה ניתנה המלצתי היא בתחום מומחיותי
 7. ☐ לאור כלל המידע הרפואי של המטופל/ת שהוצג בפניי, לרבות ההיסטוריה הרפואית של המטופל/ת ובפרט בהתייחס לתופעות הלוואי האפשריות ולהתוויות הנגד, ולהשפעות גומלין בין התרופות שהמטופל/ת נוטל/ת ובין הטיפול בקנביס, אני ממליץ/ה על טיפול בקנביס למטופל/ת
 8. ☐ אני מצהיר/ה כי המטופל/ת התחייב/ה בפניי להגיע אליי למעקב רפואי סדיר לכל הפחות אחת לרבעון וזאת כל עוד הוא/היא מחזיק/ה ברישיון תקף. אני מתחייב/ת למעקב רפואי לכל משך הטיפול ולדיווח במקרה הצורך או על פי דרישה מהיק"ר
 9. ☐ אני מצהיר/ה כי המטופל/ת נתן/ה בפניי את הסכמתו/ה שכל גורם רפואי יעביר למנהל לפי פקודת הסמים המסוכנים ולפועלים מטעמו ובכלל זה צוות היחידה לקנביס רפואי במשרד הבריאות (היק"ר) כל מידע רלוונטי לבקשה אודותיו/ה המצוי ברשותם
 10. ☐ המטופל/ת הצהיר/ה בפניי כי הוא/היא מאשר/ת למחלקה למידע והערכה במשרד הבריאות למסור כאמור מידע על אשפוזים פסיכיאטרים שעבר/ה ככל שהיו
 11. ☐ אני מצהיר/ה כי המטופל/ת התחייב/ה בפניי שהסם לא ישמש למטרות שאינן מפורטות ברישיון
 12. ☐ אני מצהיר/ה כי הפרטים לעיל נכונים ומלאים
 13. ☐ לשיקולי, נוצר מצב המחייב "הודעת מטפל" למרב"ד (כן / לא)
 14. ☐ לשיקולי, נוצר מצב המחייב "הודעת מטפל" למשרד הפנים לעניין נשיאת נשק (כן / לא)
 15. ☐ הגשתי הודעת מטפל בהתאם

*הרופא הממליץ: רופא מומחה לטיפול בהתוויה שעבורה מבוקש הרישיון לטיפול בקנאביס (ע"פ נוהל 106)

תאריך: _____ חותמת וחתמת הרופא הממליץ: _____

מוקד קנאביס מאוחדת: 03-9008161 (א-ה 8-16)

מייל: M.C@Meuhedet.co.il