

תאריך \_\_\_\_\_

### הצהרת המבקש טיפול בקנביס רפואי

למילוי ע"י המטופל / אפוטרופוס המבקש טיפול בקנביס רפואי ע"פ המלצת רופא מומחה בתחום.

שם הרופא שהמליץ על שימוש בקנביס רפואי	תחום מומחיות הרופא

- אני מצהיר/ה כי הרופא שהמליץ לי על שימוש בקנביס הסביר לי כי המידע על בטיחות ויעילות הטיפול בקנביס רפואי הנו מידע מוגבל, בפרט ביחס לטיפול ממושך. כן הסביר לי הרופא הממליץ על האפקט הצפוי וסיכונים הכרוכים בטיפול לרבות: תופעות לוואי, תגובת רגישות יתר, תגובות בין תרופתיות, סיבוכים נוספים ובכלל זה הסיכון להחרפת המצב הקיים שעלולים להתרחש תחת הטיפול בקנביס רפואי.
- הריני מאשר כי הרופא הממליץ הסביר לי לגבי תופעות לוואי הכוללות גם השפעות גופניות כגון: שינויים בלחץ הדם והדופק, שינויים ברמות הסוכר בדם, יובש בריריות, הקאה, סחרחורות, פגיעה בשיווי המשקל ועוד. במקביל, יתכנו השפעות קוגניטיביות כגון: טשטוש ונמנום, שינויים משמעותיים במצב הרוח, איבוד זיכרון ופגיעה בקו המחשבה ועוד. תגובת רגישות יתר / אלרגיה, תגובות בין תרופתיות אפשרות עם התרופות הנוספות שהנני נוטל/ת, סיבוכים נוספים ובכלל זה הסיכון להחרפת המצב הקיים שעלולים להתרחש תחת הטיפול בקנביס רפואי.
- בכל מקרה של ספק ביחס לתופעות לוואי וכו', ידוע לי כי עלי להתייעץ עם הרופא הממליץ.
- ידוע לי כי חל איסור על נהיגה תחת השפעה של קנביס.
- ידוע לי כי יש להימנע משימוש בקנביס במהלך ההיריון וההנקה.
- אני מתחייב/ת שכל שימוש בקנביס יעשה לשימושי האישי בלבד, ולא ישמש למטרות שאינן מפורטות ברישיון או בחומר הרפואי הרלוונטי והמלצת הרופא המטפל.
- אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרת, לרבות אבחנות פסיכיאטריות רגישות, תרופות נוספות ומצבי מחלה מיוחדים נוספים, הינם נכונים.
- אני מתחייב/ת להגיע למעקב רפואי סדיר במהלך כל הטיפול, בהתאם לתכנית הטיפולית וכפי שסיכמנו עם הרופא הממליץ. אני מתחייב/ת לדווח לרופא הממליץ או לרופא מטפל אחר המבצע את המעקב הרפואי, על כל שינוי במצבי הרפואי במהלך תקופת הטיפול.
- ידוע לי כי שליחת בקשה אינה מסיימת את התהליך. ברור לי כי עלי להשלים ולהגיש את כלל המסמכים הנדרשים בהתאם למפורט באתר. הבקשה תידון רק לאחר קבלת כל המסמכים הנדרשים.
- אני נותן/ת הסכמתי להעברת מידע רפואי רלוונטי לבקשה לכל גורם מוסמך בקנביס וול לצורך בירור בקשתי. כמו כן אני נותן הסכמתי להעברת מידע רפואי רלוונטי ל צוות היחידה לקנביס רפואי במשרד הבריאות ( היק"ר ) ו/או קופת החולים בה אני מבוטח/ת.
- אני מצהיר/ה כי הפרטים לעיל נכונים ומלאים.

שם פרטי ומשפחה מטופל/ת	ת"ז	חתימה

שם פרטי ומשפחה מגיש הבקשה (במקרה של הגשה עבור המטופל*)	ת"ז	חתימה

\* במקרה של הגשה בשם המטופל, יש למלא פרטי המטופל ופרטי מגיש הבקשה עבור המטופל כולל חתימה