#### **נספח 1 - טופס ריכוז התייחסות מטופלים לניסיון בטיפול בתרופה / טכנולוגיה אחרת**

#### **המועמדת להכללה בסל שירותי הבריאות**

תאריך מילוי הטופס: |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|

**שם התכשיר / הטכנולוגיה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(מספר סידורי ברשימת תרופות / טכנולוגיות שפורסמה באתר האינטרנט \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

התייחסות זאת מולאה ע"י

שם העמותה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם הממלא ותפקידו בעמותה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **א. כללי:**

1. נא למלא בקצרה את דרך איסוף המידע, מספר המטופלים שמהם נאסף המידע, כולל הרקע של המטופלים בדגש על זמן מחלה+ טיפול+ זמן שימוש בטיפול המוצע.

|  |
| --- |
|  |

2. מהם הטיפולים שנהוגים עד היום לטיפול במחלה אשר כלולים ואינם כלולים בסל הבריאות

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 3. משך הזמן שדווח ע"י מטופלים בטיפול זה - לפרט כמה טופלו במשך עד 3 חודשים, 4-6, 6-12 , מעל שנה |

###### **ב. תיאור חומרת המחלה ברמת המטופל**

השפעת המחלה על איכות חיים / או האתגרים של המטופלים .

יש להתייחס בסעיף זה ל:

\*השפעות של המחלה על חיי השגרה - תסמיני המחלה (לדוגמא קשיים בנשימה, כאב, חולשה, חרדה, בעיה בשליטה בסוגרים), היכולת לעבוד, היכולת לנהוג, השפעה על הביטחון העצמי.

\*פעילויות יומיומיות שמושפעות ע"י הטיפול (פעילויות שאת/ה לא מסוגל לבצע או שאתה כן מסוגל לבצע בזכות הטיפול החדש).

\*השפעות מגבילות של המחלה ברמת ההתנהלות החברתית.

\*מהי התמיכה הנדרשת, הן ברמה הפיסית והן ברמה נפשית, לצורך תפקוד יומיומי

-סיכום בקצרה של הנושא ממכתבי מטופלים, תוך הדגשה של ההשפעות השכיחות וציון כמה מטופלים דיווחו על כל אחד מהסעיפים הנ"ל.

|  |
| --- |
|  |

###### **ג. השפעת המצב הרפואי על המטופל ועל סביבתו הקרובה**

כיצד משפיעה המחלה על חיי המשפחה בהתייחסות לשימוש במשאבים כספיים, משאבי זמן- תוך הדגשה של ההשפעות השכיחות.

|  |
| --- |
|  |

**ד. השפעת הטכנולוגיה/התרופה המוצעת להכללה בסל על המטופל ואיכות חייו**

1. פרוט הניסיון עם התרופה או הטכנולוגיה המוצעת – מה מצב החולים בעת התחלת הטיפול (שלב מחלה, קו הטיפול), משך ממוצע של הטיפול. אם הטיפול הופסק- מה הייתה הסיבה לכך

טבלה מרכזת של משך זמן הטיפול/ ממוצע זמן הטיפול.

|  |
| --- |
|  |

2. מסגרת קבלת התרופה/הטכנולוגיה המוצעת (כגון ניסוי קליני, תכנית חמלה, אישור ועדת חריגים, סל קופה, ביטוח פרטי, מימון עצמי):טבלה מרכזת לפי המוצע בשאלה- מספרי מטופלים בכל עמודה

|  |
| --- |
|  |

3. סיכום נקודות שכיחות של היתרונות והחסרונות של הטיפול החדש בהשוואה לטיפולים הקודמים למחלה (אם רלבנטי – יש להתייחס גם לנוחות המתן, משטר מינון, דרך המתן, מקום המתן):

|  |
| --- |
|  |

4. השפעת הטיפול המוצע על היכולת לעבוד או ללמוד: סיכום נקודות שכיחות

|  |
| --- |
|  |

5. השפעת הטיפול המוצע על סימפטומים (תסמינים) המשפיעים על איכות חיים – הן סימפטומים פיסיים (כגון כאב, עייפות) והן נפשיים (כגון חרדה, דיכאון): סיכום נקודות שכיחות (אפשר גם להציע אפשרות בחירה לפי 1-5 לרמות כאב וחרדה ולחשב ממוצע )

|  |
| --- |
|  |

6. השפעת הטיפול המוצע על השימוש בשירותי בריאות (כגון ביקורי רופא, אשפוז, טיפולים נלווים): סיכום נקודות שכיחות

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

7. השפעת הטיפול המוצע ברמה הכלכלית (כגון עלות הטיפול, אובדן ימי עבודה, חסכונות אפשריים) סיכום נקודות שכיחות:

|  |
| --- |
|  |

8. השפעת הטיפול המוצע על היכולת לתפקד באופן עצמאי, לשמור על הכבוד עצמי (dignity), ולתפקד באופן חברתי: סיכום נקודות שכיחות

|  |
| --- |
|  |