

### טיפול בהנפקת רישיון לשימוש בקנביס- דף מידע והסבר

להלן הסבר קצר ומקדים בנושא פנייה לבקשה להוצאת רישיון לשימוש בקנביס רפואי במור המכון למידע רפואי בע"מ\* ("מור"), לאחר קבלת המלצה והסבר ביחס לטיפול בקנביס רפואי מאת הרופא המטפל בך, כמפורט להלן (להלן: "השירות").

נבקש להביא לידיעתך:

#### תנאים לקבלת השירות:

- מתן השירות מותנה, בין היתר, בהמלצת רופא לטיפול באמצעות קנביס רפואי בהתאם למפורט להלן,
- לצורך קבלת השירות עליך להמציא את כל המסמכים המפורטים בנספח.
- השירות ניתן למבוטחי שירותי בריאות כללית בלבד וכרוך בתשלום חד פעמי (278 ₪ כולל מע"מ).
- רישיון יכול להינתן בכפוף לזכאות ובהתאם למפורט להלן:
  - o בקשה ראשונה מאושרת לחצי שנה בלבד, עד 20 גרם ועד 10% THC
  - o בקשה לחידוש רישיון - העלאות מינון יידונו במדרגות עד 10 גר' ועד למינון מקסימלי של 50 גר'
  - o הריכוז המקסימלי שיידון במרפאת הקנביס של מור הינו 15% THC

#### מקרים בהם לא ניתן יהיה לקבל את השירות במור:

- נשים מניקות, נשים בהריון או נשים שמתכננות הריון בחצי השנה הקרובה.
- לקוח שמשמש בקביעות בחומרים ממכרים כיום או שעבר גמילה מסמים בעבר.
- מטופלים בעלי היסטוריה של מחלת חרדה או מחלת נפש פעילה (פסיכזה) או שאחד מבני משפחתם מדרגה ראשונה סבל ממחלת נפש פעילה, אלא אם קיים בידם חוות דעת רפואית והמלצת רופא מומחה לפסיכיאטריה המאשר שימוש בקנביס רפואי.

#### ביטול השירות

הזכאות לביטול השירות הינה בכפוף להוראות הדין (חוק הגנת הצרכן, תשמ"א-1981 והתקנות שהותקנו מכוחו).  
לתשומת לבך- עם העברת מסמכים על ידך יוחל בטיפול בבקשה ובמתן השירות.

#### מסירת מידע ושמירתו:

במסגרת השירות ולצורך מתן השירות, תידרש/י למסור מידע (להלן – "המידע"). המידע ישמר במאגר מידע רשום של מור ויעובד, לרבות לצורך מתן השירות.

נציין כי לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצונך ובהסכמתך. אולם, לא נוכל לספק לך את השירות - אם לא תסכים/י למסור את המידע הנ"ל, כולו או חלקו. על כן, אם בשלב מסוים, תחליט שלא להמשיך ולמסור את המידע, לא יהא ניתן להמשיך במתן השירות, ונידרש לבטל את השירות, בכפוף לאמור לעיל לעניין ביטול השירות.

המידע יהיה נגיש לצוות מרפאת קנביס ולגורמים המטפלים בנושא במור.

כמו כן, מור תעביר מידע לגורמים שונים ככל שהדבר יידרש על פי הוראות הדין ו/או על ידי משרד הבריאות או כל רשות מוסמכת אחרת ומידע לגבי הרישיון (במידה וינתן) לקופת חולים בה את/ה מבוטח/ת.

#### פרטי קשר

בכל שאלה מוקד שירות הלקוחות עבור השירות, שמספרו 3171\* , עומד לשירותך בימים א-ה בין השעות 08:00-18:00 וביום שישי בין השעות 08:00-13:00 .

**נספח - מסמכים ונתונים נדרשים לצורך מתן השירות**

מסמך נדרש	מקור המסמך	הערות
שלושה תדפיסי מחשב (חובה תדפיסי מחשב מתוכנה רפואית מקובלת) של המעקב במרפאת כאב, במהלך שנה לפחות	מרפאת הכאב בה טופלת	במטופל מגיל 78 ומעלה – מספיק תיעוד של ביקור יחיד במרפאה  במטופלים באבחנת מיגרנה או אנדומטריוזיס נדרשים תדפיסי מעקב אצל נוירולוג / גניקולוג כאמור מטה
המלצה מפורשת לשימוש בקנביס	מהמומחה לרפואת כאב המטפל בכך בקביעות באבחנת מיגרנה / אנדומטריוזיס – מהנוירולוג / הגניקולוג המטפל, ראה מטה.	בבקשה להעלאת מינון או ריכוז – חובה שמסמך הרופא המומחה לרפואת כאב יכלול בקשה מפורשת להעלאת
דוח רכש תרופות שנופקו בבית המרקחת מהשנתיים האחרונות לפחות	ניתן לקבל את הדו"ח מבית המרקחת של קופת החולים בה אתה חבר	לכולם
סיכום מידע רפואי מקופ"ח	מאתר קופ"ח שלך או מרופא המשפחה	לכולם
המלצה מפורשת לשימוש בקנביס	מהנוירולוג המטפל	במקרה של מיגרנה בלבד
תדפיסי מחשב (בלבד) של המעקב	מהמרפאת הגניקולוגית בה טופלת	במקרה של אנדומטריוזיס בלבד
המלצה מפורשת לשימוש בקנביס רפואי	ממומחה לגניקולוגיה	במקרה של אנדומטריוזיס בלבד
תוצאות הדמיה או לפרוסקופיה		במקרה של אנדומטריוזיס בלבד
תיעוד לטיפול הפיזיקלי שקיבלת (פיזיותרפיה / הידרותרפיה וכד')		חובה באבחנת פיברומיאליגיה
אישור מפורש לשימוש בקנביס	מפסיכיאטר	חובה באבחנת פיברומיאליגיה
המלצה מפורשת לשימוש בקנביס רפואי	ממומחה לראומטולוגיה	חובה באבחנת פיברומיאליגיה או במחלות מפרקים
הצהרת המומחה כי מוצו כל הטיפולים האפשריים במחלה זו במגוון, מינון ומשך משמעותיים; והתחייבותו להמשך מעקב תחת השימוש בקנביס, באם יאושר	מהמומחה לרפואת כאב או הראומטולוג המטפל בכך בקביעות על פי המסמכים שצרפת מעלה	חובה באבחנת פיברומיאליגיה - קנביס בהתוויה זו יאושר במקרים חריגים ורק לאחר מיצוי כל טיפול מקובל
צילום רישיון קודם		בעת בקשה לשינוי מינון/תצורת שימוש/חידוש/הוספת משנע

**טופס הסכמה לקבלת השירות - לחתימה בעמוד הבא**

**טופס הסכמה לקבלת שירות – טיפול בהוצאת רישיון לשימוש בקנביס רפואי**

יש למלא מסמך זה, לחתום ולהחזיר במייל או בפקס למרפאת קנביס

מייל: [CannabisBB@machon-mor.co.il](mailto:CannabisBB@machon-mor.co.il); פקס 03-6177150

**הצהרה:**

הנני מאשר/ת בזאת כי קיבלתי וקראתי את המידע הכלול בדף ההסבר לקבלת השירות, לרבות המידע על השימוש בקנביס רפואי, ואני מאשר/ת ונותן/ת את הסכמתי לכל האמור בו.

כמו כן הנני מאשר/ת כי הרופא/ה המטפל/ת בי, ד"ר \_\_\_\_\_ (שם מלא) ("הרופא המטפל") הוא/היא שהמליץ/ה לי על שימוש בקנביס רפואי כחלק מהטיפול הרפואי בי, וכן הסביר/ה לי על המעלות והחסרונות של נטילת קנביס רפואי בהתייחס למצבי הרפואי, על רגישות אפשרית לקנביס, על תופעות לוואי, תגובות בין תרופתיות וסיבוכים שעלולים להיות כרוכים בשימוש בקנביס רפואי.

קיבלתי הסבר על ידי הרופא המטפל ביחס לכך שקיימת חשיבות ראשונה במעלה למסירת פרטים מלאים אודות מצבי הבריאותי וההיסטוריה הרפואית שלי וכן התרופות אותן אני נוטל/ת, רגישויות (אלרגיות) לתרופות ולמזון, ואני מתחייב/ת לעדכן, ללא כל דיחוי, את הרופא המטפל בי על כל שינוי במצבי הנפשי והגופני - בין אם הופיע בעקבות או למרות השימוש בקנאביס בהתאם להנחיות הרופא המטפל.

כמו כן, הוסבר לי כי שימוש בקנאביס רפואי מותנה ברישיון משרד הבריאות, וכי כל הפרה של תנאי הרישיון ו/או חוסר ביצוע מעקב רפואי והמצאת אישורים רלוונטיים ו/או אי מסירת נתונים שלמים ומדויקים ביחס למצבי הרפואי לצורך הנפקת הרישיון על ידי מור הם עילה להפסקת/לביטול הרישיון.

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שמסרתי ואמסור למור לצורך הבדיקה וההחלטה למתן רישיון לקנביס רפואי ("רישיון") מלאים ומדויקים, וכי אעדכן את מור ואת הרופא המטפל בכל שינוי בפרטים אלו, ללא דיחוי.

אני מסכים/ה לכך שנציג מור יצור איתי קשר במישרין בדואר, בטלפון או בדואר אלקטרוני לצרכי מתן השירות וכל הכרוך בכך. אני מסכים/ה ומאשר/ת למור לפנות בעניין זה אל הרופא המטפל שלי, ככל שידרש, וכן מאשר/ת העברת מידע שלי לכל גורם בהתאם להוראות הדין ו/או לכל רשות מוסמכת, ובמידה ואקבל רישיון - לקופת החולים בה אני מבוסס/ת.

הנני מצהיר/ה ומתחייב כי במידה ואקבל רישיון לשימוש בסם אשתמש בו לשימושי האישי בלבד, ורק בהתאם לתנאי הרישיון, אקפיד על מעקב סדיר אצל הרופא/ה המטפל/ת, אפעל בהתאם להמלצות הרפואיות שניתנו לי על ידי הרופא המטפל ואודיע לו/לה ולמור על כל שינוי במצבי הרפואי.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימה		

\*במידה שמטופל אינו כשיר לחתום (קטין, פסול דין) - הסכמת אפוטרופוס:

(יש לצרף העתק צו מינוי אפוטרופוס במקרה של אפוטרופוס ממונה)

קשר למטופל: \_\_\_\_\_, שם החותם: \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_