

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

שירותי בריאות הנפש
MENTAL HEALTH SERVICES

המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment
Of Substance Abuse

כ"ה באלול, התשס"ט
14 ספטמבר 2009
אסמכתא: 23037009

הנדון: דף הסבר לגמילה מהירה מאופיאטים במימון משרד הבריאות

1. הגמילה מיועדת רק למכורים לאופיאטים (הרואין, מתדון, מורפין, אוקסיקונטין וכד'). היא לא מתאימה למכורים לכל החומרים הפסיכואקטיביים האחרים.
2. גמילה זו מיועדת למכורים לאופיאטים הסובלים מריבוי בעיות רפואיות ופסיכוסוציאליות אשר אינן מאפשרות ביצוע גמילה רגילה במסגרת רגילה, או שיש בגמילה הרגילה סיכון בריאותי.
3. הגמילה מתבצעת לאחר קבלת התחייבות מטופל להתמיד בטיפול פסיכוסוציאלי ורפואי לפחות חצי שנה, טיפול הניתן ע"י משרד הבריאות.
4. הגמילה מתבצעת רק לאחר קבלת אישור מוועדה מקצועית.
5. יש להגיש את המסמכים הבאים לוועדה:
 - a. דו"ח פסיכוסוציאלי מפורט ועדכני הכולל היסטוריה של שימוש בסמים ושל ניסיונות גמילה מעו"ס לשכת הרווחה במקום מגורי המועמד או מעו"ס מסגרת מטפלת בהתמכרויות הפועלת עם רישיון של משרד הבריאות ו/או משרד הרווחה.
 - b. דו"ח רפואי עדכני הכולל רשימת האבחנות וטיפול תרופתי- של רופא המשפחה של קופת החולים ושל רופא מומחה לפי הצורך.
 - c. טופס הרשמה לטיפול גמילה מהירה מאופיאטים במימון משרד הבריאות (רצ"ב)
6. את החומר יש להעביר באמצעות:
 - a. הפקס: 02-6231196 או
 - b. הדואר: המחלקה לטיפול בהתמכרויות, משרד הבריאות, דוד המלך 20, ת.ד. 1176, ירושלים, 91010.
7. וידוא הגעת החומר למשרד הבריאות, ניתן לעשות באמצעות:
 - a. הטלפון: 02-6228825/6/7.
 - b. הדואל: danny.b@moh.health.gov.il
8. תשובות בכתב תועברנה לכל פונה.
9. כל פונה (גם זה שבקשתו למימון גמילה מהירה לא אושרה)- זכאי להתקבל לטיפול גמילה באחת המסגרות הרגילות אשר מפעיל משרד הבריאות.

בברכה,

הנהלת המחלקה לטיפול בהתמכרויות

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים 1176

שירותי בריאות הנפש
MENTAL HEALTH SERVICES

המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment
Of Substance Abuse

לכבוד
המחלקה לטיפול בהתמכרויות
משרד הבריאות
רח' דוד המלך 20,
ת.ד. 1176, ירושלים 91010
או באמצעות פקס: 02-6231196

טופס הרשמה לטיפול גמילה מהירה מאופיאטים במימון משרד הבריאות

פרטים אישיים:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

תז.: _____ מצב משפחתי: _____

כתובת מגורים: _____

טלפון נייד: _____ טלפון נוסף: _____

איש קשר נוסף/גורם תומך:

שם: _____ קרבה: _____ טלפון: _____

גורם טיפולי סוציאלי/רפואי בהתמכרויות:

שם: _____ יחידה: _____ טלפון: _____

קופת חולים: _____ סניף: _____ רופא מטפל: _____

אני הח"מ, אשר פרטי מופיעים למעלה, רוצה לעבור טיפול בגמילה מהירה מאופיאטים במימון משרד הבריאות ומבקש/ת לקבל את אישור הוועדה לכך.

רצ"ב (נא לסמן X):

דו"ח פסיכוסוציאלי מפורט + כתב ויתור סודיות.

דו"ח רפואי עדכני + כתב ויתור סודיות.

חתימת המבקש/ת: _____ תאריך: _____