The Israeli Oncology Nurses Society
העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל

דף מידע לקראת טיפול בארדיה (AREDIA)

מטופל/ת יקר/ה, הרופא שלך המליץ על טיפול בארדיה (AREDIA).

ארדיה ניתנת בעירוי תוך-ורידי, אחת ל 3-4 שבועות. משך המתן שעתיים.
הטיפול ניתן במסגרת היחידה לאשפוז יום.

תופעות לוואי אפשריות

- תופעות "דמויות-שפעת" אפשריות שעלולות להופיע בערב לאחר מתן הטיפול - חום, צמרמורות, נפיחות קלה וכאב במקום ההזרקה, כאבים בשרירים ובעצמות, בחילה, תחושת עייפות והרגשה כללית לא טובה.
  תופעות לוואי אלה אופייניות בעיקר לטיפול הראשון. ניתן לקחת משככי כאב לפי הצורך.
  במידה והתופעות לא חולפות תוך מספר שעות, יש לברר האם להגיע לבדיקה חוזרת.
- ירידה ברמת הסידן - ייתכן והרופא ימליץ על מתן סידן + ויטמין D על מנת למנוע תופעה זאת.

תופעות לוואי חמורות

- נמק של עצם הלסת
- פגיעה בתפקוד הכליות

הכנה לקראת הטיפול

לפני הטיפול הראשון

יש להיבדק אצל רופא שיניים או במרפאת פה ולסת בבית החולים (בהתאם להמלצת הרופא), ולהביא על כך אישור לאשפוז יום.
יש לברר עם הרופא המטפל האם יש צורך בצילום פנורמי.

לפני כל טיפול

לבצע בדיקות דם לסידן וקראטינין, כשבוע, או פחות, לפני מועד הטיפול, ולהביא את תוצאות הבדיקות ליחידה לאשפוז יום בתאריך שנקבע לטיפול. לא יינתן טיפול ללא בדיקות דם עדכניות. אחת לשלושה חודשים יש לבדוק גם רמת מגנזיום וזרחן בדם.

- מומלץ להימנע מטיפולי שיניים חודרניים במהלך הטיפול בארדיה, למעט במקרים דחופים ורק באישור הרופא המטפל.
- במידה ויש צורך בטיפולי שיניים ייתכן והרופא יחליט להפסיק את מתן הארדיה לתקופה של כחודשיים - שלושה.
- ייתכן ונדרש אישור מנהלתי מהקופה בה הנך מבוטח.
- יש להקפיד על שמירת היגיינה של הפה, לבצע שטיפות פה ולהשתמש בחוט דנטלי ובמחצצי שיניים.

לשאלות והבהרות ניתן להתקשר

_____

_____

_____

מתוך ערכה לטיפול בחולה
המקבל ביספוספונטים

The Israeli Oncology Nurses Society
העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל

דף מידע לקראת טיפול בזומרה (ZOMERA)

מטופל/ת יקר/ה, הרופא שלך המליץ על טיפול בזומרה (ZOMERA).

זומרה ניתנת בעירוי תוך-ורידי, אחת ל 3-4 שבועות. משך המתן 15 דקות.
הטיפול ניתן במסגרת היחידה לאשפוז יום.

תופעות לוואי אפשריות

- תופעות "דמויות-שפעת" שעלולות להופיע בערב לאחר מתן הטיפול - חום, צמרמורות, נפיחות וכאב במקום ההזרקה, כאבים בשרירים ובעצמות, בחילה, תחושת עייפות והרגשה כללית לא טובה. תופעות לוואי אלו אופייניות בעיקר לטיפול הראשון. ניתן לקחת משככי כאב לפי הצורך. במידה והתופעות לא חולפות תוך מספר שעות, יש לברר האם להגיע לבדיקה חוזרת.
- ירידה ברמת הסידן - ייתכן והרופא ימליץ על מתן סידן + ויטמין D על מנת למנוע תופעה זאת.

תופעות לוואי חמורות

- נמק של עצם הלסת.
- פגיעה בתפקוד הכליות.

הכנה לקראת הטיפול

לפני הטיפול הראשון

יש להיבדק אצל רופא שיניים או במרפאת פה ולסת בבית החולים (בהתאם להמלצת הרופא), ולהביא על כך אישור לאשפוז יום. יש לברר עם הרופא המטפל האם יש צורך בצילום פנורמי.

לפני כל טיפול

- לבצע בדיקות דם לסידן וקראטינין, כשבוע, או פחות, לפני מועד הטיפול, ולהביא את תוצאות הבדיקות ליחידה לאשפוז יום, בתאריך שנקבע לטיפול. לא יינתן טיפול ללא בדיקות דם עדכניות.
  אחת לשלושה חודשים יש לבדוק גם רמת מגנזיום וזרחן בדם.
- מומלץ להימנע מטיפולי שיניים חודרניים במהלך הטיפול בזומרה, למעט במקרים דחופים ורק באישור הרופא המטפל.
- ייתכן ויידרש אישור מנהלתי מהקופה בה הנך מבוטח.
- יש להקפיד על שמירת היגיינה של הפה, לבצע שטיפות פה ולהשתמש בחוט דנטלי ובמחצצי שיניים.

לשאלות והבהרות ניתן להתקשר

מתוך ערכה לטיפול בחולה
המקבל ביספוספונטים

The Israeli Oncology Nurses Society
העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל

דף מידע לקראת טיפול בבונפוס (BONEFOS)

מטופל/ת יקר/ה, הרופא שלך המליץ על טיפול בבונפוס (BONEFOS).

בונפוס ניתן בעירוי תוך-ורידי, אחת ל 3-4 שבועות. משך המתן שעתיים.
הטיפול ניתן במסגרת היחידה לאשפוז יום.

תופעות לוואי אפשריות

- תופעות "דמויות-שפעת" שעלולות להופיע בערב לאחר מתן הטיפול - חום, צמרמורות, נפיחות וכאב במקום ההזרקה, כאבים בשרירים ובעצמות, בחילה, תחושת עייפות והרגשה כללית לא טובה.
  תופעות לוואי אלו אופייניות בעיקר לטיפול הראשון. ניתן לקחת משככי כאב לפי הצורך.
  במידה והתופעות לא חולפות תוך מספר שעות, יש לברר האם להגיע לבדיקה חוזרת.
- ירידה ברמת הסידן - ייתכן והרופא ימליץ על מתן סידן + ויטמין D על מנת למנוע תופעה זאת.

תופעות לוואי חמורות

- נמק של עצם הלסת.
- פגיעה בתפקוד הכליות.

הכנה לקראת הטיפול

לפני הטיפול הראשון

יש להיבדק אצל רופא שיניים או במרפאת פה ולסת בבית החולים (בהתאם להמלצת הרופא), ולהביא על כך אישור לאשפוז יום. יש לברר עם הרופא המטפל האם יש צורך בצילום פנורמי.

לפני כל טיפול

- לבצע בדיקות דם לסידן וקראטינין, כשבוע, או פחות, לפני מועד הטיפול, ולהביא את תוצאות הבדיקות ליחידה לאשפוז יום, בתאריך שנקבע לטיפול. לא יינתן טיפול ללא בדיקות דם עדכניות.
  אחת לשלושה חודשים יש לבדוק גם רמת מגנזיום וזרחן בדם.
- מומלץ להימנע מטיפולי שיניים חודרניים במהלך הטיפול בבונפוס, למעט במקרים דחופים ורק באישור הרופא המטפל.
- ייתכן והתרופה דורשת אישור של מנהלת הקופה בה הנך מבוטח.
- יש להקפיד על שמירת היגיינה של הפה, לבצע שטיפות פה ולהשתמש בחוט דנטלי ובמחצצי שיניים.

לשאלות והבהרות ניתן להתקשר

_____

_____

_____

מתוך ערכה לטיפול בחולה
המקבל ביספוספונטים

The Israeli Oncology Nurses Society
העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל

דף מידע לקראת טיפול בבונפוס (BONEFOS) פומי

מטופל/ת יקר/ה, הרופא שלך המליץ על טיפול בכדור בונפוס (BONEFOS).
המינון המקובל (אם אין הנחייה אחרת) 1600 מ"ג (2 כדורים של 800 מ"ג כ"א) בבת אחת, או, לחילופין, אם מינון הכדור הוא 400 מ"ג, בשתי מנות של 800 מ"ג בבוקר ובערב.

תופעות לוואי צפויות

כאבי בטן, צרבת ושלשולים.

תופעות חמורות

- נמק של עצם הלסת
- פגיעה בתפקוד הכליה

הכנה לקראת הטיפול

לפני התחלת הטיפול

מומלץ להיבדק אצל רופא שיניים או במרפאת פה ולסת בבית החולים (בהתאם להמלצת הרופא).
יש לברר עם הרופא המטפל האם יש צורך בצילום פנורמי.

הנחיות

- לקחת התרופה באופן קבוע ורציף.
- מומלץ לשתות מים שעה לפני נטילת התרופה.
- צום במשך שעה – לפני ולאחר לקיחת התרופה.
- יש להקפיד על שמירת היגיינה של הפה, לבצע שטיפות פה ולהשתמש בחוט דנטלי ובמחצצי שיניים.
- יש לבצע בדיקות דם לבדיקת רמות סידן וקראטינין, במסגרת הקהילה, אחת לשמונה שבועות ולהראות לרופא המשפחה או לרופא המטפל.
- מומלץ להימנע מטיפולי שיניים חודרניים במהלך הטיפול בבונפוס, למעט במקרים דחופים ורק באישור הרופא המטפל.
- יש להימנע מנטילת סותרי חומצה או תכשירי ברזל במקביל לכדורי בונפוס.

לשאלות והבהרות ניתן להתקשר

מתוך ערכה לטיפול בחולה
המקבל ביספוספונטים

The Israeli Oncology Nurses Society
העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל

דף מידע לקראת טיפול מניעתי בזומרה (ZOMERA)

הרופא שלך הציע לקבל טפול מניעתי עם ZOMERA 4 mg,
אחת לחצי שנה, על סמך מחקרים שפורסמו בספרות בשנים האחרונות.
בהסכמתך, הוגשה בקשה לאישור מתן תרופה ברכישה.

לאחר קבלת האישור יש:

- לקבוע תור לטיפול באשפוז יום באמצעות אחת המזכירות של יחידת השד שבקומת המרפאות.
להתקשר לחברת התרופות, או בית מרקחת, (טלפונים יינתנו על ידי אחת המזכירות המטפלות בנושא האישור)
להזמנת התרופה, ליידע את הספק על תאריך העירוי ולהזמין את התרופה.
- לבצע בדיקות דם לתפקודי כליה ומלחים כשבוע לפני מועד הטיפול, ולהביא את תוצאות הבדיקות לאשפוז יום בתאריך שנקבע לטיפול.
- להביא את התרופה לאשפוז יום ביום הטיפול.
- מומלץ לבצע הערכה דנטלית טרם התחלת הטיפול.

העירוי יינתן באשפוז יום, משך העירוי כרבע שעה.

תופעות לוואי צפויות

(אופייני בדרך כלל רק לטיפול הראשון).

- חום וכאבי שרירים ועצמות ביום הטיפול ועד כיומיים לאחר מכן.
- חולשה שנמשכת כיומיים שלושה.
- בחילות והקאות ביום הטיפול.

הנחיות

- ניתן לקחת משככי כאב לפי הצורך.
- במידה והחולשה קשה במיוחד, כדאי לבדוק את רמת הסידן בדם ובהתאם, לפנות לרופא המטפל ולקבל טיפול בכדורי סידן.
- יש להקפיד על שמירת היגיינה של הפה, לבצע שטיפות פה ולהשתמש בחוט דנטלי ובמחצצי שיניים.

לשאלות והבהרות ניתן להתקשר

מתוך ערכה לטיפול בחולה
המקבל ביספוספונטים

The Israeli Oncology Nurses Society
העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל

תאריך _____

אל: מרפאת שיניים | מרפאת פה ולסת

מאת: ד"ר _____

הנדון

מדבקה

שלום רב,
הנ"ל אובחן כסובל מסרטן _____

קבל/ה | לא קבל/ה הקרנות לאזור הראש והצוואר.

ידוע | לא ידוע על בעיות שיניים בעברו.

נוכח הופעת גרורות גרמיות, מיועד להתחיל טיפול ב- זומרה | ארדיה | בונפוס.
בתאריך _____

נודה על בדיקתו טרם התחלת הטיפול ומתן המלצות להתערבות דנטלית.

בברכה

מדבקה

אומדן מצב מטופל לקראת טיפול בביספוספונטים – אשפוז יום
הטופס ימולא על ידי האחיות לפני כל טיפול.

סוג הביספוספונט _____ מינון _____ תדירות מתן _____

תאריך	קבלת אישור מרופא שניים*	קבלת אישור ממרפאת פה ולסת**	קבלת בדיקות מעבדה (creatinine, ca)	מעקב אחר ת.לוואי של התרופה	אומדן כאב גרמי vas	אומדן כאב דנטלי vas	קבלת אישור לתרופה	שם אחות וחתימה

* יבוצע בפעם הראשונה ובהמשך אחת לשנה או על פי שיקול הרופא.

** מטופל בסיכון – קרינת ראש צוואר, והיגיינת פה ירודה – יש לעקוב ולהפנות לביקור חוזר אחת לחצי שנה

The Israeli Oncology Nurses Society
העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל

הכנת מטופל לקראת טיפול בביספוספונטים – במרפאה

סוג תרופה _____ מינון _____ תדירות מתן _____

במתן הפניות סמני ✓

תאריך	לרופא שניים*	לפה ולסת**	בדיקות מעבדה (creatinine, ca)	הדרכה לת.לוואי מתן בכתב	אומדן כאב גרמי vas	אומדן כאב דנטלי vas	הכנת אישור לתרופה	שם אחות וחתימה

* יבוצע בפעם הראשונה ובהמשך אחת לשנה או על פי שיקול הרופא.

** מטופל בסיכון – קרינת ראש צוואר, והיגיינת פה ירודה – יש לעקוב ולהפנות לביקור חוזר אחת לחצי שנה.

הערה: הטופס ימולא על ידי האחיות בקומת המרפאות.

The Israeli Oncology Nurses Society

העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל