

Consent for In-Home IM Ketamine Administration

(English-Hebrew Side-by-Side Format)

CONSENT FOR IN-HOME IM KETAMINE ADMINISTRATION

הסכמה להזרקת קטמין תוך-שרירית בבית המטופל/ת

English (EN)	Hebrew (HE)
Patient Name:	שם המטופל/ת:
Date of Birth:	תאריך לידה:
Clinician: Dr. Andrew Dror Rosenbach, M.D.	רופא מטפל: ד"ר אנדרו דרור רוזנבך

1. Overview of In-Home Treatment

1. רקע כללי על טיפול בבית

EN	HE
You are receiving Ketamine-Assisted Psychotherapy in your home under the supervision of a licensed psychiatrist. This consent specifically covers the risks and procedures of receiving intramuscular (IM) ketamine outside of a clinic setting.	אתה/את מקבל/ת טיפול פסיכותרפויטי בסיוע קטמין בביתך, תחת פיקוח פסיכיאטר מוסמך. מסמך הסכמה זה מתייחס במיוחד להזרקת קטמין תוך-שרירית מחוץ למסגרת קלינית.

2. Clinical Eligibility and Monitoring

2. התאמה רפואית ומעקב

EN	HE
Your eligibility for in-home treatment has been determined based on your psychiatric history, physical health, and living environment. Basic medical monitoring (vital signs, responsiveness) will be performed before and after each session.	התאמתך לטיפול ביתי נקבעה בהתבסס על ההיסטוריה הפסיכיאטרית, מצבך הרפואי וסביבת המגורים שלך. יבוצע ניטור רפואי בסיסי (מדדים חיוניים, תגובתיות) לפני ואחרי כל מפגש.

3. Safety Measures and Emergency Protocols

3. אמצעי בטיחות ונהלי חירום

EN	HE
Emergency medications and basic first aid equipment will be brought to each session. If a serious medical or psychiatric event occurs, emergency services may be contacted. You must have a working phone and allow clinician access to your location.	תרופות חירום וציוד עזרה ראשונה בסיסי יהיו זמינים בכל מפגש. במקרה של אירוע חירום רפואי או נפשי, ייתכן ויזומנו שירותי חירום. עליך להחזיק טלפון פעיל ולאפשר גישה של הרופא למקום שהותך.

4. Requirements for Safe Treatment Environment

דרישות סביבת טיפול בטוחה

EN	HE
You agree to provide a safe, private, and quiet environment during sessions. Distractions (e.g., pets, phones, visitors) should be minimized. You may be asked to designate a support person to be available nearby, if clinically indicated.	הנך מסכים/מה לספק סביבה בטוחה, שקטה ופרטית במהלך המפגשים. יש למזער הסחות דעת (למשל, חיות מחמד, טלפונים, מבקרים). ייתכן ותבקש/י למנות אדם תומך שיהיה בקרבת מקום לפי שיקול קליני.

5. Voluntary Participation and Consent to Home Entry

השתתפות מרצון ואישור כניסה לבית

EN	HE
You have the right to decline or withdraw from in-home treatment at any time. By signing below, you consent to allow the clinician to enter your home for medical purposes during scheduled sessions.	באפשרותך לסרב או להפסיק את הטיפול הביתי בכל עת. בחתימתך למטה, הנך מסכים/מה לאפשר לרופא להיכנס לביתך לצורך מתן טיפול רפואי בזמן המפגשים המתואמים.

6. Acknowledgments and Signature

אישור והצהרה

EN	HE
<input type="checkbox"/> I understand the risks and benefits of receiving ketamine at home.	<input type="checkbox"/> אני מבין/ה את הסיכונים והיתרונות של קבלת קטמין בבית.
<input type="checkbox"/> I have provided a safe environment and access as required.	<input type="checkbox"/> סיפקתי סביבה בטוחה וגישה לפי הדרישות.
<input type="checkbox"/> I freely give consent for in-home IM ketamine treatment.	<input type="checkbox"/> אני נותן/ת הסכמתי החופשית לקבלת טיפול קטמין תוך-שרירי בבית.

| Patient Signature: _____ | חתימת המטופל/ת:

_____ |

| Date: _____ | תאריך: _____ |

| Clinician Signature: _____ | חתימת הרופא/ה:

_____ |