

<p>שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>	
---	--

<p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>

מדבקת המטופל

גרסה 05/22

טופס הסכמה ל

דילול (הפחתה) עוברים / FETAL REDUCTION

מהות הבעיה הרפואית: מום אנטומי או פגם גנטי באחד/מספר עוברים.

מטרת הטיפול הינה הפסקת ההיריון של העוברים/ים בעל/י המום/פגם.

הפסקת היריון של עוברים מבוצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן או דופן הנרתיק והזרקת תמיסת מלח ללב העובר על מנת להפסיק את פעולתו. העובר נשאר ברחם ולמעשה נספג עד להתמוססותו. במקרה של דילול של מספר עוברים חוזרים על הפעולה בכל עובר בנפרד, לעתים בהפרש של מספר ימים. הפעולה נעשית על פי רוב ללא הרדמה.

באולטראסאונד נצפו _____ * שקי היריון עם עוברים. לאור הממצאים הנ"ל ולאור הסיכון של היריון רב עוברים כפי שהוסבר לי/נו, הבעתי/נו את רצוני/נו והסכמתי/נו לבצע דילול עוברים מ- _____ * ל _____ *

*** ציין/י במילים ובספרות.**

אני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט, על דילול/הפחתת העובר (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי/נו אותו וניתנה לי/נו האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

כמו כן, הוסבר לי/נו החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון דחיית מועד הפחתה, המשך היריון מרובה עוברים.

אני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית והן: כאב ואי נוחות, דימום לדני, ירידת מים, זיהום והפלה של כל ההיריון.

הוסבר לי/נו ואני/אנחנו מבינה/נים שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה הרפואית דילול/הפחתת עוברים יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות לשם ביצוע הפעולה כגון: חזרה על הפעולה בעיתוי נוסף עקב התאוששות דופק לב העובר.

כמו כן, הוסבר לי/נו הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לעוברים הנותרים ולאשה. בין השאר הוסבר לי/נו כי הסיכונים לעוברים הנותרים כוללים, בין היתר, אפשרות להיווצרות הפלה של ההיריון כולו, אפשרות לירידת מים, מוות של העובר או עוברים נוספים, לידה מוקדמת שעלולה להסתיים בלידת פג, עם כל הסיבוכים הכרוכים בכך, כגון ליקויים מוטוריים, שכליים, עצביים ואשפוז ממושך.



הוסבר לי/נו כי הסיכונים לאשה כוללים, בין היתר, אפשרות לזיהום, לדימום, ובמקרים נדירים להפרעות בקרישת דם העלולות להעמידה בסכנת חיים. ברור לי/נו כי פגיעות שעלולות להיגרם לאשה עלולות להיות גם בעלות השלכה על העוברים.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה לדילול/הפחתת עוברים יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך העלת הניתן או מניעת נזק גופני. לפיכך אני מתכוננת גם לאפשר בהכרח שייווצרו או ייגרמו

<p>שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>	<p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
--	-------------------------------

מדבקת המטופל

אם הפעולה תבצע בהרדמה הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה.

במקרה בו הטיפול נעשה באלחוש מקומי/אזורי/חסימה עצבית, על ידי הרופא המבצע את הפעולה, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אם במהלך הפעולה תילקח דגימה מאחד השקים/שליה או מכולם לצורך בירור גנטי או בירור אחר כגון מחלות זיהומיות, כפוף ליעוץ המתאים, אחתום על טופס הסכמה ייעודי לכך.

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת ומסכימה לכך שפעולת דילול/הפחתת עוברים וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אנו נותנים בזאת את הסכמתנו לביצוע הפעולה העיקרית.

שם האישה:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה



שם בן/בת הזוג:

שם משפחה שם פרטי ת.ז. שם האב

תאריך שעה חתימת המטופלת ובן/בת הזוג

<p style="text-align: center;">שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>	<p style="text-align: center;">שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
---	--

מדבקת המטופל

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.

שם הרופא (חותמת) חתימת הרופא תאריך ושעה

הצהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתה של המטופלת וכן את שאלות המטופלת לרופא.

שם המתרגם/ת חתימת המתרגם/ת



תאריך ושעה

קשריו למטופלת



שם המטופל
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 04/22

טופס הסכמה ל

סירוב לדילול (הפחתת) עוברים / REFUSAL FETAL REDUCTION

אני/ו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה על דילול/הפחתת עוברים ועל משמעות הותרת _____ * העוברים שברחם לרבות הסיכונים להפלה מוקדמת או מאוחרת, ירידת מים מוקדמת המצריכה הפסקת היריון ולידת פגים. הוסבר לי/נו ואני/נו מבינה/ים כי סיכוני הפגות כוללים בין היתר, פגיעות מוטוריות, פגיעות שכליות ועצביות ואשפוז ממושך וכי בהיריון מרובה עוברים גבוה שיעור הלידות בניתוחים קיסריים.

*** ציין/י במילים ובספרות.**

אני/ו מצהירה/ים בזאת על סירוב לדילול/הפחתת עוברים.

שם האישה:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

שם בן/בת הזוג:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

תאריך	שעה	חתימת המטופלת ובן/בת הזוג
-------	-----	---------------------------



