

<b>שם המטופל</b>
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו
------------------------

מדבקת המטופל

גרסה 08/21

טופס הסכמה ל

## ניסיון היפוך חיצוני של עובר במנח עכוז / External cephalic version

לידה במועד של עובר במצג עכוז, כרוכה בסיכון מוגבר לאם וליילוד. לידת עכוז נרתיקית כרוכה בעלייה בתחלואה בתמותה עוברית. היפוך חיצוני של עובר ממצג עכוז למצג ראש, לפני הלידה, עשוי לייתר את הצורך בביצוע ניתוח קיסרי.

הסיכויים להצלחת ניסיון היפוך עולים בלידות חוזרות, בנשים רזות, כאשר הרחם ושרירי הבטן רפויים, כאשר השלייה אינה קדמית ובהיעדר מיעוט מי-שפיר.

הסיכויים להצלחת ניסיון היפוך פוחתים בנוכחות מום רחמי, לידה פעילה, מצג עכוז בלידה קודמת.

קיים סיכון נמוך (0.1%) למוות עובר לאחר ניסיון היפוך חיצוני.

התנאים הנדרשים לביצוע ניסיון היפוך חיצוני הינם: עובר יחיד במצג עכוז, גיל הריון שבוע 36+0 ומעלה וניטור דופק עובר תקין.

לעתים, במהלך ביצוע ניסיון היפוך חיצוני או לאחריו, קיים צורך בביצוע ניתוח קיסרי דחוף. לכן, ניסיון ההיפוך מבוצע בבית חולים, בחדר לידה ומחייב היערכות לביצוע ניתוח קיסרי. ההיפוך עצמו מבוצע ידנית על הבטן, והכוונת העובר למצג ראש. לאחר ניסיון ההיפוך על היולדת לעבור ניטור נוסף.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ניסיון היפוך חיצוני של עובר במנח עכוז למצג ראש (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

מימצאים ייחודיים ליולדת:

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, כולל ניתוח קיסרי או לידת עכוז.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה והסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: האטות בדופק העובר, אשר לעתים חולפות ללא טיפול. לעתים נדירות, עלול להיווצר מצב בו יחוייב ביצוע ניתוח קיסרי מיידי. בספרות הרפואית תוארו מקרי מוות עובר לאחר ניסיון היפוך חיצוני.

לאחר השחרור, הובהר לי כי עלי לעקוב בקפדנות אחר תחושת תנועות העובר, ובכל הפחתה סובייקטיבית בתחושת התנועות לשוב מייד להערכה מיילדותית.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניסיון היפוך חיצוני של עובר במנח עכוז יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן



לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הפעולה העיקרית או מייד לאחריה.

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

י מי ידי	<b>שם המטופל</b>  שם משפחה: שם פרטי: ת.ז.:	שניסיון היפוך היצוני של לנהלים ולהוראות של המר באחריות המקובלת ובכפוף
		שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית

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

חתימת המטופלת	שעה	תאריך
---------------	-----	-------

חתימת אפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	שם אפוסטרופוס (קירבה למטופלת)
-----------------------------------------------------------	----------------------------------

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפוסטרופוס / 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
------------	---------------

