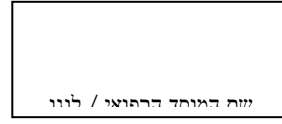


מדבקת המטופל



שם המומד הרפואי / ליוו

גרסה 01/20

טופס הסכמה ל

ניסיון לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי
Trial of labor after cesarean section (TOLAC)

מטרת הפעולה הינה ניסיון לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

שם המטופלת:



שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על ביצוע לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי [להלן ה"פעולה העיקרית"], מד"ר/פרופ':



שם פרטי

שם משפחה



חתימת המטופלת

שעה

תאריך

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי – יילוד בניתוח קיסרי.
 אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי סיכויי הצלחת לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי.

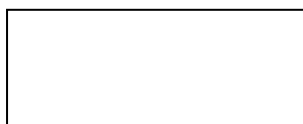


החברה ליחול סיכונים ברפואה בלימ
 הקבוצת פרנס

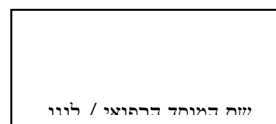


הוסבר לי ואני מבינה שמדובר בלידה בסיכון גבוה ועל כן ישנו צורך בהרכבת עירוני וניטור רציף של העובר ושל הצירים (חיצוני או פנימי) בשלב האקטיבי של הלידה. כן הוסבר לי שקיימת אפשרות שתוך מהלך הלידה יתברר שיש צורך לבצע פעולות רפואיות לצורך השלמת לידה נרתיקית כגון השראת לידה מכנית או תרופתית, חיזוק צירים ע"י פקיעת קרומי מי השפיר ו/או מתן אוקסיטוצין, שימוש בניטור עוברי וכן של הצירים (חיצוני או פנימי) וכן שימוש בואקום או מלקחיים במקרה הצורך.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: פתיחה / קרע של צלקת הניתוח בכך - 0.4%-0.9%



מדבקת המטופל



מנסיגנות הלידה אשר עלול להוביל לניתוח קיסרי דחוף עם עליה בסיכון למתן תוצרי דם, קשירת כלי דם גדולים, שימוש בתפרים המוסטטיים (עוצרי דימום), ואף כריתת הרחם ו/או הרחבה של הניתוח

בשל מעורבות של איברים סמוכים. הוסבר לי שקיימת אפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הלידה/ ניתוח ראשוני וכי יהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה לשנותה 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.

כמו כן, הוסבר לי שקרע של הצלקת הניתוחית או הרחם עלול להוביל למצוקה עוברית קשה, שלמרות טיפול, תסב נזק נוירולוגי קשה, ולעיתים בלתי הפיך, לליילוד/עובר, עד למות העובר/היילוד תוך כדי הניתוח או לאחריו. אני מבינה כי שיעור הסיבוכים והסיכון לפגיעה/נזק אימהי ו/או לעובר/יילוד עולה במידה משמעותית במידה ויש קרע רחמי במהלך הלידה ביחס לאפשרות בחירה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש.

במקרים מיוחדים ניתן לאפשר ניסיון לידה נרתיקית גם לאחר שני ניתוחים קיסריים. במידה וכך אזי הוסבר לי ואני מבינה שהסיכון לקרע של הרחם לרבות כל ההשלכות והסיכון לפגיעה/נזק אימהי ו/או לעובר/יילוד גבוה הרבה יותר עד כדי 0.9%-3.7% מנסיגנות הלידה.

הוסבר לי ואני מבינה כי השראת לידה וכן שימוש באוקסיטוצין במהלך לידה עלולים להעלות את הסיכון לקרע של הרחם והסיכון המשתמע ממנו לאם ולעובר/יילוד (כמפורט לעיל) מעבר לסיכון הבסיסי המצוין לעיל והנובע מעצם ניסיון הלידה לאחר ניתוח קיסרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם ניסיון הלידה הנרתיקית יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר 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.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שניסיון הלידה הנרתיקית 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.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.



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

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

מדבקת המטופל

שם המומד הרפואי / לינו

אני מאשרת/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 הסבריי במלואם.



שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------



שם המתרגם/ת

קשריו למטופלת

