

מדבקת המטופל

שם המומח הרפואי / ליווי

גרסה 11/19

טופס הסכמה ל

דיקור שם השפיר לצורך אבחון גנטי / AMNIOCENTESIS

דיקור מי שפיר מבוצע לשם אבחון ליקויים גנטיים, מחלות או מומים מלידה הניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות. הבדיקה נעשית משבוע 16 להיריון.

הבדיקה מתבצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן לתוך הרחם, תחת הנחיית אולטרה-סאונד, ושאבת כ-30-50 סמ"ק מי שפיר. לעיתים נלקחת כמות נוספת לצורך בדיקות מיוחדות, וכן לעיתים יש צורך ביותר מדיקור אחד על מנת להפיק מי שפיר במידה המספקת לבדיקתם. בהיריון מרובה עוברים יש צורך בדגימת מי שפיר מכל שק (למעט במקרים מיוחדים כגון תאומים זהים בהם ניתן לדקר שק אחד בלבד, או כשמעוניינים לבדוק עובר אחד).

הבדיקה בעלת מהימנות גבוהה לגבי ליקויים כרומוזומליים מיקרוסקופיים ותת מיקרוסקופיים שנבדקו, אך בדיקה המפורשת כתקינה אינה שוללת לחלוטין קיום מומים גופניים, נפשיים או שכליים או מחלות גנטיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם בבדיקת מי שפיר.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **ללא הרדמה** (במקרים מיוחדים ולשיקול המבצע ניתן לבצע אלווהושי מקומי)

קיימת חשיבות מרובה לדיווח מקיף על מחלות במשפחה ועל בדיקות שנעשו לגילוי הפרעות גנטיות

שם המטופל:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע דיקור מי שפיר כדי לגלות ליקויים אצל העובר בשל _____ (להלן: "הבדיקה העיקרית"), מד"ר/פרופ'/יועץ גנטי (מחק את המותר):

שם פרטי

שם משפחה





חתימת המטופל	שעה	תאריך
מדבקת המטופל		שנת המוסד הרפואי / לוגו

אני מבקשת ומסכימה בזאת לבצע בדיקת מי שפיר לשם בדיקת כרומוזומים של העובר ברחמי וכן כל בדיקה גנטית אחרת של נוזל מי השפיר שרופאיי ימצאו לנכון, על בסיס מידע רפואי, כדי לאבחן הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה ככל שהם ניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי מסרתי את כל המידע הידוע לי אודות מצבים רפואיים חריגים אצלי ובמשפחה. הוסבר לי שקיימת אפשרות שהדיקור לא יצליח, או שלא ניתן יהיה להשלים את הבירור הגנטי מהדגימה שתילקח, או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הבדיקה.

הוסבר לי שלאחר ביצוע הבדיקה צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן תחתונה ויתכן כאב קל במקום הדיקור, דימום נרתיקי קל ודליפה קלה של מי שפיר.

הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות הפלה ולידה מוקדמת (כתלות בגיל ההיריון) ב-1:1000-1:400 מהמקרים. במקרים נדירים ביותר עלול להתפתח סיבוך כגון זיהום תוך רחמי אשר עלול לחייב כריתת רחם ואף לגרום למוות. דיקור נוסף הנעשה בסמוך לדיקור הראשון (כגון בהיריון מרובה עוברים) מגביר את הסיכון להופעת הסיבוכים המפורטים לעיל.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לצפות סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה תיעשה על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שתיעשה בידי אדם מסוים ובלבד שתיעשה באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.



חתימת המטופל	שעה	תאריך
--------------	-----	-------



שם אפוסרופוס
(קירבה למטופלת)

חתימת אפוסרופוס
(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפוסרופוס / 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