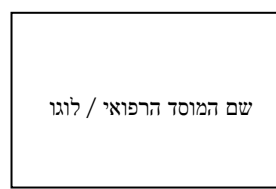




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 04/19

טופס הסכמה ל

בדיקה לשקיפות עורפית – הצהרת הנבדקת

NUCHAL TRANSLUCENCY

בדיקת שקיפות עורפית הינה בדיקת אולטרסאונד המבוצעת באשה הרה לצורך הערכת הסיכון לתסמונת דאון (Down Syndrome) ולליקויים נוספים.

על פי הנחיות משרד הבריאות שקיפות עורפית הינה בדיקת הסינון המומלצת לאיתור תסמונת דאון בהריונות יחיד ובהריונות מרובי עוברים כאחד.

הבדיקה מבוצעת בין שבוע 11 ל- 13+6 (תואם גודל עובר של 45-84 מ"מ), בגישה בטנית או בגישה לדנית, בהתאם להחלטת הרופא המבצע. בבדיקה נמדד עובי הנוזל התת עורי בעורף העובר.

שילוב בין ממצאי הבדיקה וסיכון הרקע הנגזר מגיל האם, מאפשר הערכת סיכון סטטיסטי לתסמונת דאון.

בהריון עם עובר יחיד מומלץ לשלב את התוצאה עם סמנים ביוכימיים מדם האם.

הובהר לי שבמידה ותמצא דרגת סיכון גבוהה לתסמונת דאון, אופנה ליעוץ גנטי לקביעת המלצות להמשך בירור.

הבדיקה אינה יכולה לשלול תסמונת דאון או הפרעות כרומוזומליות אחרות באופן מוחלט.

ניתן להגיע לאבחנה סופית של תסמונת דאון או הפרעות כרומוזומליות נוספות, רק באמצעות בדיקות פולשניות (דיקור מי שפיר או סיסי שליה).

כן הובהר לי כי במקרה של שקיפות עורפית מעל 3 מ"מ, קיים סיכון מוגבר למומים נוספים, ולפיכך מימצא זה לכשעצמו מצדיק הפנייה ליעוץ גנטי, ולאקו לב עובר.

הובהר לי שתוצאה המצביעה על רמת סיכון נמוכה אינה מבטלת המלצה לבדיקה פולשנית מסיבות אחרות. בכל מקרה יועץ גנטי הינו הגורם המוסמך ליעוץ, המלצה ולקביעת זכאות האישה לבדיקה פולשנית.

עוד הובהר לי כי הבדיקה אינה מחליפה בדיקות אחרות, כמו בדיקות סקר גנטיות או חלבון עוברי כבדיקת סקירה למומים פתוחים במערכת העצבים.



החברה ליחול סיכונים ברפואה בלי"מ
הקבוצה מדע



בדיקת שקיפות עורפית אינה סקירת מערכות.
יש לפנות עם תוצאות הבדיקה לרופא המטפל

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

שם המטופלת:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/פרופ':

שם פרטי

שם משפחה

על הצורך בביצוע בדיקת שקיפות עורפית.

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

אני יודעת ומסכימה לכך שבדיקת שקיפות עורפית תעשה על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע בדיקת שקיפות עורפית

חתימת המטופלת

שעה

תאריך

חתימת אפוטרופוס
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפוטרופוס
(קירבה למטופל)



