

טופס הסכמה: ניתוח קיסרי ללא הוריה רפואית עפ"י בקשת היולדת

ELECTIVE CESAREAN SECTION UPON PATIENT'S REQUEST

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי אני מבקשת לסיים את הריוני ולבצע בי ניתוח קיסרי למרות שאין לכך סיבה או הצדקה רפואית. אני מאשרת שבחירתי בדרך זו (ניתוח קיסרי) למרות שהיא כרוכה בסיכונים וסיבוכים רפואיים בשיעור גבוה יותר מאשר לידה נרתיקית.

אני מאשרת שהרופאים המטפלים בי המליצו בפני על המתנה ללידה עצמונית ו/או מתן ניסיון ללידה נרתיקית ומרצוני ומסיבותי האישיות בחרתי לפעול שלא בהתאם להמלצה זו.

אני מצהירה שבבקשתי לבצע בי ניתוח קיסרי נעשתה לאחר שיקול דעת ובחינה של היתרונות והחסרונות בניתוח קיסרי לעומת לידה נרתיקית.

אני מודעת לכך שחתימתי על טופס זה אינה מהווה "הסכמה" לטיפול מוצע/ מומלץ, אלא מאשרת שבחירתי בניתוח קיסרי.

שם היולדת:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____

ת.ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הסיכונים, הסיבוכים האפשריים ותופעות הלוואי שבביצוע ניתוח קיסרי (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על המהלך החזוי, התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הוסבר לי כי שיעורי התמותה והתחלואה האמהית בניתוח קיסרי עולים על אלה שבלידה נרתיקית ומוגברים ככל שגדל מספר הניתוחים הקיסריים באותה אישה. כמו כן הוסבר לי שתהליך ההחלמה מניתוח קיסרי ארוך יותר בהשוואה להחלמה מלידה נרתיקית וכן שעלולה להיות הפרעה בקשר הראשוני אם - ילוד (Bonding) וקשיים בהנקה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח הקיסרי, כולל:

סיבוכים במהלך הניתוח:

- צורך בביצוע הרדמה כללית על סיבוכיה האפשריים.
- קרע או התפשטות החתך הניתוחי ברחם, אשר עלול לגרום לדימום מכלי דם של הרחם שיצריך מתן מנות דם ובמקרים מסוימים יצריך כריתת רחם.
- נזקים לשלפוחית השתן, לשופכנים או לאברים שכנים (מעיים).

הוסבר לי שקיימת אפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו או לא יתוקנו במהלך הניתוח העיקרי וכי יהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.

סיבוכים לאחר הניתוח:

- חום ו/או זיהום ברחם ובאגן.
- זיהומים בדרכי השתן.
- זיהום בפצע הניתוח.



- הפרעות בפעילות המעיים (אילאוס)
- היווצרות של שטפי דם ברחם ובאגן (המטומות).
- היווצרות של קרישי דם בורידים העמוקים (פקקת) ותסחיפים לריאות (טרומבו-אמבוליום).

שם היולדת:

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



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה



הוסבר לי שסיכונים אלה עלולים לגרום לכאב וסבל ואי נוחות חולפים או קבועים ובמקרים נדירים מאוד אף למוות.

סיכונים לילוד:

- חתכים בשגגה מסכין הניתוח.
- שיעור יתר של צורך בטיפול בחמצן או הנשמה של הילוד בניתוחים קיסריים.

השפעות ארוכות טווח ובהריונות הבאים:

- קרע של הרחם במהלך ההריון או הלידה.
- השרשה לא תקינה של השלייה (שלייה חודרת).
- סיכוי מוגבר ללידה חוזרת בניתוח קיסרי (הגבלת האפשרות ללידה נרתיקית בעתיד).
- סיכונים רבים יותר בניתוח קיסרי חוזר.
- הגבלה במספר הלידות העתידיות / הניתוחים הקיסריים.
- קשיים בכניסה נוספת להריון.
- הדבקויות באגן ובאברי הבטן (וכתוצאה כאבי בטן וחסמת מעיים).

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה אפידורלית, ספינלית ו/או כללית המצריכה רמת אלחוש גבוהה יותר ו/או צורך בהנשמה ע"י צינור בקנה הנשימה. הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי רופא מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת
-------	-----	-------

היולדת

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה ליוולדת / לאפוטרופוס של היולדת * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
------------	---------------	-----------

