

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: הפסקת הריון בשליש הראשון של ההריון VACUUM / CURETTAGE OF UTERUS FOR TERMINATION OF PREGNANCY (D&C)

הפסקת הריון מתבצעת על ידי הרחבת צוואר הרחם וניתוק העובר והשיליה מקיר הרחם באמצעות שאיבה וגרידה. הפעולה מתבצעת ברוב המקרים בהרדמה כללית.

שם האשה _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____
על הפסקת הריון (להלן: "הפעולה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית לרבות כאב בטן, אי נוחות ודימום קל שיחלפו מעצמם תוך מספר ימים.
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות האפשרות של ניקוב הרחם וצורך בניתוח מידי, וכן האפשרות לזיהום מידי או מאוחר. הוסברו לי הסיבוכים המאוחרים האפשריים לרבות הפרעות בוסת, הריון חוץ רחמי, אי ספיקת צוואר הרחם וכתוצאה מכך הפלות חוזרות ו/או לידות מוקדמות, שיתכן שיצריכו תפירת צוואר הרחם בעת הריון בעתיד. כמו כן, קיימת אפשרות של הפרעות בהשתרשות השליה ו/או דלקות שעלולות לגרום לפגיעה ביכולת להרות בעתיד.
הוסברה לי החשיבות של בדיקת ביקורת שבועיים לאחר הפעולה העיקרית על מנת לוודא שההריון הופסק כמקווה.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.
כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה 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 מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הפעולה העיקרית.

הובהר לי שהפעולה העיקרית מתבצעת בהרדמה כללית, והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.
קיימת גם אפשרות לביצוע הפעולה בהרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות הפרעות בקצב הלב, ירידת לחץ דם ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהפעולה העיקרית 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 בהתאם לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____
שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)



משרד הבריאות

ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה



החברה לניהול סיכונים ברפואה



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה/לאפוטרופוס של האשה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת רופא/ה

שם הרופא/ה

* מחק את המיותר



משרד הבריאות

ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה



החברה לניהול סיכונים ברפואה

