

טופס הסכמתה לדילול (הפחטה) עוברים

FETAL REDUCTION



MDBKA

הפסקת הריון של עוברים מבוצעת על ידי החדרת מחתך דרך דופן הבطن או דופן הנרתיק והזרקת תמייסת מלח ללב העובר על מנת להפסיק את פעולתו. העובר נשאר ברחם ולמעשה נספג עד להתמוסותו. במקרה של דילול מספר עוברים חוזרים על הפעולה בכל עובר בנפרד, לעתים בהפרש של מספר ימים. הפעולה נעשית על פי רוב ללא הרדמה.

ת.ז.	שם האב	שם פרטי	שם המשפחה	שם האישה:
------	--------	---------	-----------	-----------

ת.ז.	שם האב	שם פרטי	שם המשפחה	שם הבעל:
------	--------	---------	-----------	----------

שם פרטי	שם המשפחה	שם המאושר/ה	אני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת, שקיבלת/נו הסבר מפורט בעל פה מפרופ'/ ^{ד"ר} :
---------	-----------	-------------	---

על כי באולטראסאונד נצפו: _____ (ציון/י במילים וספרות) שקי הריון עם עוברים, לאור הממצאים הניל'ן ולאור הסיכון של הריון רב עוברים כפי שהוסבר לי/נו, הבעתני/נו את רצוני/נו והסכמתי/נו לבצע דילול עוברים FETAL REDUCTION מ- _____ ל- _____ (ציון/י במילים וספרות) (להלן: "הטיפול העיקרי").

הנני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי ניתן לי/נו הסבר על התהליך ועל תופעת הלואוי האפשרות, לרבות כאב ואי נוחות. אני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים כי הוסברו לי/נו הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בטיפול העיקרי האמור לעוברים הנותרים ולאשה. בין השאר הוסבר לי/נו כי הסיכונים לעוברים הנותרים כוללים: בין היתר, אפשרות להיווצרות הפלה של ההריון כולה, אפשרות לירידת מים, מות של העובר או עוברים נוספים, לצד מוקדמת שלולה להסתהם בלידת פג, עם כל הסיבוכים בכך, כגון ליקויים מוטוריים, שכליים, עצביים ואישפוז ממושך.

הוסבר לי/נו כי הסיכונים לאשה כוללים, בין היתר אפשרות לזיהום, לדימום, ובמקרים נדירים להפרעת בקריות דם העולות להעמידה בסכנת חיים. ברור לי/נו כי פגיעות שלולות להיגרם לאשה עלולות להיות גם בעלות השלכה על העוברים.

אני/נו נותנת/ים בזאת את הסכמתי/נו לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי ניתן לי הסבר ואני מבינה, כי קיימת אפשרות, שתוך מהלך הטיפול העיקרי יש צורך לנקטו הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלה חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותן כתובודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי, לפיכך, אני מסכימה גם באותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, שלדעת רופאי medica יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות רגישות ברמות שונות לחומר הרדמה, אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית, ניתן לי הסבר על ידי המרידים.

אני/נו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך, שהטיפול העיקרי וכל הליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר מוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים בלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

ט. 0137

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמיועד שמוועבר ל- medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתබל אודוטוי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפא בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוועך לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי ניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התකשות. אמצעי תשולם ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפא במאגרי המידע שלו, בהתאם לחוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפא לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירותים שניתנים לי ע"י המרפא, וימסר על ידי המרפא לצדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הניל' בכספי להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלתי פגוע בנסיבות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיויב יחולו דין מדינת ישראל.

בחתימתה מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שניי או ביצוע הליכים אחרים או נוספיםים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חתימת הבעל (במקרה שהאשה נשואה) _____ חתימת האשה _____ שעה _____ תאריך _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה את כל האמור לעיל בפיירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה/סירוב (מחק/י את המיותר) בפני לאחר ששוכנعتי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ מס' רישון: _____ חתימה: _____

סירוב לדילול (הפחתה) עוברים

אני/אנו מצהירה/ים ומארשת/ים בזאת שקיבלתני/נו הסבר מפורט בעל פה על דילול עוברים ועל משמעות הותרת: _____ (ציין/י המספר בכתב ברור וקריא) העוברים שברחם לרבות הסיכון להפלת מוקדמת או מאוחרת, ירידת מים מוקדמת המצריכה הפסקת הרינו ולידת פגים. הוסבר לי/לנו ואני/אנו מבינה/ים כי סיכון הפוגות כוללים בין היתר, פגיעות מוטוריות, פגיעות שכליות ועצביות ואשפוז ממושך וכי בהרין מרובה עוברים, גבוהה שיורו הlidiot בניתוחים קיסריים.

אני/אנו מצהירה/ים בזאת על סירוב לדילול עוברים.

חתימת הבעל (במקרה שהאשה נשואה) _____ חתימת האשה _____ שעה _____ תאריך _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה (מחק/י אם מיותר) כל האמור לעיל אודות דילול והותרת עוברים בפיירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ו בפני על סירוב לאחר ששוכנعتי כי הבינה/נו את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ מס' רישון: _____ חתימה: _____