

טופס הסכמה

דיקור שק השפיר לצורך אבחון גנטי

AMNIOCENTESIS

דיקור מי שפיר, נעשה לצורך איבחון הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה, הניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות, הבדיקה נעשית בדרך כלל בשבוע 16 - 20 להריון. הבדיקה מתבצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן לתוך הרחם, תחת אולטרה סאונד, ושאיבת כ- 30 - 40 סמ"ק מי שפיר, לעיתים, יש צורך ביותר מדיקור אחד, על מנת להפיק מי שפיר במידה המספקת לבדיקתם. בהריון מרובה עוברים יש צורך בדיקור נפרד של כל שק. הבדיקה היא בעלת מהימנות גבוהה לגבי מומים כרומוזומלים שנבדקו, אך בדיקה המפורשת כתקינה אינה שוללת לחלוטין קיום מומים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם במי שפיר. הבדיקה מתבצעת ללא הרדמה.

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

שם המטופלת: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מרופא/יועץ גנטי*: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על דיקור מי שפיר כדי לגלות ליקויים אצל העובר בשל: _____ (להלן: "הבדיקה") אני מבקשת ומסכימה בזאת, לבצע בדיקת מי שפיר לשם בדיקת כרומוזונים של העובר ברחמי וכן כל בדיקה גנטית אחרת של נוזל השפיר שרופאיי ימצאו לנכון, על בסיס מידע רפואי, כדי לאבחן הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה ככל שהם ניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות.

הוסבר לי, שקיימת אפשרות שהדיקור לא יצליח, או שתרבית התאים שיתקבלו לא תצמח, או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הבדיקה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי שלאחר ביצוע הבדיקה, צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן התחתונה וייתכן כאב קל במקום הדיקור, דימום נרתיקי קל ודליפה קלה של מי שפיר, כמו כן, הוסבר לי שתוצאות תקינות של הבדיקה, אינן מבטיחות כי היילוד יהיה חופשי ממומים גופניים, נפשיים או שכליים לרבות מומים או מחלות תורשתיות, אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם בבדיקת מי שפיר. כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות הפלה ב-0.5% מהמקרים, במקרים נדירים פגיעה פיזית בעובר וכן התפתחות זיהום, אשר עלולה לחייב כריתת הרחם ובמקרים נדירים לגרום למוות. דיקור נוסף הנעשה בסמוך לדיקור הראשון מגביר את הסיכון להופעת הסיבוכים המפורטים לעיל.

אני נותנת בזאת, את הסכמתי לביצוע הבדיקה, אם לאור תוצאות הבדיקה יופסק ההריון, אני מסכימה גם לניתוח הנפל. אני יודעת ומסכימה לכך, שהבדיקה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ב - medica בכפוף לחוק.

תאריך _____ חתימת המטופלת _____

אני מאשר, כי הסברתי בעל פה לאשה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם נותן/ת ההסבר _____ חתימת נותן/ת ההסבר _____ מס' רשיון _____