

# טופס הסכמה

## דיקור שק השפיר לצורך אבחון גנטי

### AMNIOCENTESIS

דיקור מי שפיר מבוצע לשם איבחון ליקויים גנטיים, מחלות או מומים מלידה, הניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות, הבדיקה נעשית משבוע 16 להריון.

הבדיקה מתבצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן לתוך הרחם, תחת הנחיית אולטרה-סאונד, ושאיבת כ- 50 - 30 סמ"ק מי שפיר. לעיתים, נלקחת כמות נוספת לצורך בדיקות מיוחדות, וכן לעיתים יש צורך ביותר מדיקור אחד על מנת להפיק מי שפיר במידה מספקת לבדיקתם. בהריון מרובה עוברים יש צורך בדגימת מי שפיר מכל שק (למעט במקרים מיוחדים כגון תאומים זהים בהם ניתן לדקר שק אחד בלבד, או כשמעוניינים לבדוק עובר אחד).  
הבדיקה היא בעלת מהימנות גבוהה לגבי ליקויים כרומוזומלים מיקרוסקופיים ותת מיקרוסקופיים שנבדקו, אך בדיקה המפורשת כתקינה אינה שוללת לחלוטין קיום מומים גופניים, נפשיים או שכליים או מחלות גנטיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם בבדיקת במי שפיר.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **ללא הרדמה** (במקרים מיוחדים ולשיקול המבצע ניתן לבצע אלחוש מקומי).

### קיימת חשיבות מרובה לדיווח מקיף על מחלות 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, על הצורך בביצוע דיקור מי שפיר AMNIOCENTESIS כדי לגלות ליקויים אצל העובר בשל: \_\_\_\_\_ (להלן: " הבדיקה העיקרית")

מד"ר/פרופ' /יועץ גנטי\*: \_\_\_\_\_ שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_ חתימת המטופלת: \_\_\_\_\_

אני מבקשת ומסכימה בזאת, לבצע בדיקת מי שפיר לשם בדיקת כרומוזומים של העובר ברחמי וכן כל בדיקה גנטית אחרת של נוזל מי השפיר שרופאיי ימצאו לנכון, על בסיס מידע רפואי, כדי לאבחן הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה ככל שהם ניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי מסרתי את כל המידע הידוע לי אודות מצבים רפואיים חריגים אצלי ובמשפחה.

הוסבר לי, שקיימת אפשרות שהדיקור לא יצליח, או שלא ניתן יהיה להשלים את הבירור הגנטי מהדגימה שתילקח, או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הבדיקה.

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.

הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות הפלה/לידה מוקדמת (כתלות בגיל ההריון) ב-1:1000 - 1:400 מהמקרים. במקרים נדירים ביותר עלול להתפתח סיבוך כגון זיהום תוך רחמי אשר עלול לחייב כריתת רחם ואף לגרום למוות. דיקור נוסף הנעשה בסמוך לדיקור הראשון (כגון בהריון מרובה עוברים) מגביר את הסיכון להופעת הסיבוכים המפורטים לעיל.



אני יודעת ומסכימה לכך, שהבדיקה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ב - medica ובכפוף לחוק. אני נותנת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_ חתימת המטופלת: \_\_\_\_\_

---

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

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

שם הרופא/ה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_

---

שם המתרגם \_\_\_\_\_ קשריו למטופל \_\_\_\_\_