

## המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

# טופס הסכמה: הפסקה סלקטיבית של ההריון SELECTIVE TERMINATION OF PREGNANCY

הפסקה סלקטיבית של ההריון מבוצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן והזרקת תמיסת מלחים מרוכזת ללב העובר שאובחן פגום, על מנת להמיתו. העובר המומת נשאר בדרך כלל ברחם עד ללידה. הפעולה נעשית בדרך כלל ללא הרדמה.

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 כי ב-U.S מיילדותי/בדיקה אחרת נתגלה \_\_\_\_\_

מסיבות שהוסברו לי לא ניתן לאמת או לשלול את האבחנה באופן מוחלט. הוסבר לי שלמרות שהממצאים נצפו בודאות רבה, יש אפשרות של טעות באבחנה בשל מגבלות הבדיקות. לאור הממצאים הנ"ל הבעתי את רצוני המוחלט לבצע הפסקת ההריון של העובר הפגום (להלן: "הפעולה העיקרית"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על מהלך הפעולה העיקרית ועל תופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בפעולה האמורה לי עצמי/לאשה ולעובר/ים הבריאים. הוסבר לי כי הסיכונים לעובר/ים הבריאים כוללים, בין היתר, אפשרות ללידה מוקדמת, אפשרות להיווצרות תסחיפים, פגיעה מוחית או פגיעות אחרות מסוג לא צפוי מראש, ועד מוות במקרים נדירים. הוסבר לי שבמקרים נדירים, כאשר קיים יותר מעובר אחד, ואחד מהם פגום, עלול להיות קושי בזיהוי העובר הפגום. בשל קושי זה תיתכן המתת עובר בריא. הוסבר לי כי הסיכונים לי עצמי/לאשה כוללים, בין היתר, אפשרות לזיהום, דימום ובמקרים נדירים הפרעות בקרישת דם שעלולות להעמידני בסכנת חיים. הובהר לי כי פגיעות שעלולות להגרם לי/לאשה עלולות להיות גם בעלות השלכה על העובר/ים הבריאים. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מביין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט הליכים 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. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה. אם יוחלט על ביצוע הפעולה העיקרית בהרדמה כללית או אזורית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/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 בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת האשה
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה/לאפוסטרופוס של האשה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון

\* מחקי את מיותר.

0075/0000BP/75000075 '0

