

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: טיפול הורמונלי בבעיות פרייה HORMONAL TREATMENT DUE TO INFERTILITY

מטרת הטיפול ההורמונלי הניתן לאישה, הינו להשרות ביוץ במקרים בהם האישה אינה מבייצת או לאפשר גיוס רב יותר של ביציות ובכך להגדיל את הסיכויים להריון.

סוגי הטיפול האפשריים:

1. קלומיפן: טיפול הניתן בכדורים שנועד לגרום לביוץ.
2. תכשירים גונדוטרופנים: טיפול הניתן בזריקות לשריר או לתת-עור, המשפיע באופן ישיר על התפתחות הזקימים והיווצרות ביציות בשחלה.

מהלך הטיפול דורש מעקב באמצעות בדיקות דם ו/או אולטראסאונד.

קיימים מקרים בהם קודם לטיפול להשראת ביוץ היתר או במהלכו ניתן לאישה טיפול הורמונלי נוסף לצורך דיכוי השחלות ומניעת ביוץ מוקדם. טיפול זה עלול לגרום לתופעות לוואי הדומות לאלו של גיל המעבר.

שם האישה:

שם פרטי	שם משפחה	שם האב	ת.ז.
אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר	שם משפחה	שם משפחה	

על סוגי הטיפול ההורמונלי (להלן: "הטיפול העיקרי").

כמו כן הוסברו לי סכויי ההצלחה של הטיפול ההורמונלי המשתנים ותלויים בגיל בני הזוג, במצב השחלות, התוצרות, בפתולוגיות נלוות ברחם ו/או באגן, באיכות הזרע ובגורמים נוספים.

סיכויי ההצלחה להריון במחזור טיפולי אחד, הם עד 20%. סיכויי ההצלחה בסדרה של 3-6 טיפולים הינם עד 50%-60%.

הוסברו לי תופעות לוואי והסיכוכים של הטיפול העיקרי, לרבות:

1. **רגישות לתכשירים** ההורמונלים נדירה, אך בכל מקרה של תופעה חריגה יש לדווח מוקדם ככל האפשר לרופא המטפל.
2. **גירוי יתר שחלתי** מתבטא, על פי רוב, בתפוחות הבטן, כאבי בטן, התפתחות ציסטות שחלתיות, הגדלת שחלות ואף הצטברות קלה של נוזלים בבטן. התופעות חולפות, בדרך כלל, בהמשך, תוך מנוחה ושתייה מרובה. שכיחות של גירוי יתר שחלתי קל היא 10%-25% למחזור טיפול אחד. גירוי יתר בינוני או קשה נדירים יותר ובדרך כלל מחייבים אשפוז. גירוי בינוני כולל בנוסף הופעת בחילות, שלשולים והקאות, ושכיחות הופעתה הינה 5%-15%.
3. **תסביב, קרע, או דימום מהשחלה** הם נדירים יחסית אך לעיתים מחייבים התערבות כירורגית. לעיתים נדירות דווח אף על צורך בכריתת השחלות.
4. **ריבוי עוברים** – שיעור ריבוי העוברים בטיפולים הורמונליים גבוה יחסית (עד 30% בהתאם לסוג הטיפול). במקרים של ריבוי עוברים (שלושה ומעלה) יידרש דילול עוברים, בשל הסיכונים הכרוכים בהריון מרובה עוברים. במידה ויהיה צורך בדילול עוברים, יינתן הסבר על הפעולה, סיכוייה וסיכונה בנפרד.
5. **הפלות והריונות חוץ רחמיים**. בהריונות המושגים לאחר השריית ביוץ ישנה עליה מסוימת בשכיחות הפלות והריונות חוץ רחמיים.

עד כה לא הוכח קשר סיבתי בין השראת ביוץ לבין סרטן השחלות. ידוע שההריון הינו המגן הטוב בהתפתחות גידולי שחלה ממאירים.

הוסבר לי כי בטיפולים הורמונליים הניתנים בבעיית פרייה תיתכן לידה של ילד או ילדים במצב בריאותי או נפשי בלתי תקין, לרבות בעלי מום או בלתי נורמלים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל. שיעור סיכוכים אלו אינו עולה על תדירות הופעתם בהריון טבעי.

אני/אנו נותנת/ים בזאת את הסכמת/נו לביצוע הטיפול העיקרי.

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

אני/ו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי צוות טיפולי הפריזון: הרופאים, האחיות, אנשי המעבדה, ועוזריהם וכל מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד _____
שם המוסד

וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד ובהתאם לחוק וכי האחראי לטיפול הפריזון יהיה* _____
שם הרופא

תתימת האישה _____ (להלן: "האישה") _____ שם בן הזוג _____ (להלן: "בן הזוג") _____
ת.ז. _____

תאריך _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה/לבני הזוג** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הם** חתמה/ו על הסכמה בפני לאחד ששוכנעתי כי הבינה/ו** את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

* מלא במקרה של טיפול פרטי.
** מחק את המיותר.

