המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: דיקור השורר (חבל הטבור) CORDOCENTESIS

דיקור חבל הטבור נעשה לצורך איבחון גנטי מהיר, ישירות מהעובר, ולשם קבלת מידע על מצבים פתולוגים של העובר. בדיקה זו מומלצת כאשר יש חשיבות לאבחנה מהירה או כאשר אין דרך אחרת לקבלת מידע על מצבו של העובר. הדיקור מתבצע על ידי החדרת מחט לתוך הרחם אל מקום חיבור חבל הטבור לשליה ותחת הנחיית אולטראסאונד. בהריון מרובה עוברים יש צורך בדיקור נפרד של כל שורר.

הדיקור מתבצע בהרדמה מקומית.

<u>קיימת חשיבות מרובה לדיווח מקיף על מחלות גנטיות במשפחה ועל בדיקות שנעשו לגילוי הפרעות גנטיות.</u>

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי

על הצורך בדיקור השורר לשם איבחון עוברי עקב _____ (להלן "הבדיקה").
הוסברו לי החלופות האבחנתיות, יתרונן וחסרונן ותופעות הלוואי שלהן.

הוסבר לי שיש אפשרות שהדיקור יכשל מבחינה טכנית או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הדיקור.

הוסבר לי שתוצאות תקינות של הבדיקה, אינן מבטיחות כי הילוד יהיה חופשי ממומים גופניים, נפשיים או שכליים לרבות מומים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם בדיקור השורר.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי שלאחר ביצוע הבדיקה צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן תחתונה ויתכן כאב קל במקום הדיקור, דליפה קלה של מי שפיר ודימום נרתיקי קל.

כמו כן, הובהרו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: מצוקת עובר שתצריך ניתוח קיסרי במקרה של עובר בר קיימא, ודימום מחבל הטבור שעלול לגרום למותו של העובר ב-1%-2% מהמקרים. סיבוך כזה קשור גם במצבו של העובר לפני הבדיקה. במקרים נדירים עלול להגרם זיהום תוך רחמי, אשר עלול לחייב כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר 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.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

_____ תאריך _____ שעה _____ חתימת האשה

אני מאשר/ת 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 הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון

*מחק/י את המיותר

1997 ספטמבר/OBGYN/OGEN/OV28/0062 ס'

ההסתדרות הרפואית בישראל
האגודה הישראלית למיילדות וגינקולוגיה
איגוד הגנטיקאים הרפואיים בישראל

MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ