

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: דיקור שק השפיר לצורך אבחון גנטי AMNIOCENTESIS

דיקור מי שפיר נעשה לצורך איבחון הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה הניתנים לאיבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות. הבדיקה נעשית בדרך כלל בשבוע 16-20 להריון.

הבדיקה מתבצעת ע"י החדרת מחט דרך דופן הבטן לתוך הרחם, תחת הנחיית אולטראסאונד, 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 בבדיקה המפורשת כתקינה אינה שוללת לחלוטין קיום מומים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם במי שפיר. הבדיקה מבוצעת ללא הרדמה.

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

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

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

על דיקור מי שפיר כדי לגלות ליקויים אצל העובר בשל _____ (להלן: "הבדיקה").

אני מבקשת ומסכימה בזאת לבצע בדיקת מי שפיר לשם בדיקת כרומוזומים של העובר ברחמי וכן כל בדיקה גנטית אחרת של נוזל השפיר שרופאי ימצאו לנכון, על בסיס מידע רפואי, כדי לאבחן הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה ככל שהם ניתנים לאיבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות. הוסבר לי שקיימת אפשרות שהדיקור לא יצליח, או שתרכיב 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 תחתונה ויתכן כאב קל במקום הדיקור, דימום נרתיקי קל ודליפה קלה של מי שפיר.

כמו כן, 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 בבדיקת מי שפיר. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים כתוצאה מביצוע הבדיקה לרבות הפלה ב-0.5% מהמקרים; במקרים נדירים פגיעה פיזית בעובר וכן התפתחות זיהום אשר עלול לחייב כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר לגרום למוות. דיקור נוסף הנעשה בסמוך לדיקור הראשון מגביר את הסיכון להופעת הסיכונים 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 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 בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת האשה _____

אני מאשרת/כי הסכרתי בעל פה לאשה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסכרי במלואם.

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

*מחקר/את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

הסתדרות הרפואית בישראל
האגודה הישראלית למיילדות וגינקולוגיה
איגוד הגנטיקאים הרפואיים בישראל

