המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

# טופס הסכמה: דילול (הפחתה) עוברים
# FETAL REDUCTION

הפסקת הריון של עוברים מבוצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן או דופן הנרתיק והזרקת תמיסת מלח ללב העובר על מנת להפסיק את פעולתו. העובר נשאר ברחם ולמעשה נספג באופן איטי. במקרה של דילול של מספר עוברים חוזרים על הפעולה בכל עובר בנפרד, לעתים בהפרש של מספר ימים. הפעולה נעשית על פי רוב ללא הרדמה.

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

שם הבעל: _____ _____ _____ _____
שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת.ז.

אני/ו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ _____
שם משפחה | שם פרטי

על כי באולטראסאונד נצפו [ * ] שקי הריון עם עוברים. לאור הממצאים הנ"ל ולאור הסיכון של הריון רב עוברים כפי שהוסבר לי/נו, הבעתי/נו את רצוני/נו והסכמתי/נו לבצע דילול עוברים מ- [ * ] ל- [ * ] (להלן: "הטיפול העיקרי").

הנני/ו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי ניתן לי/נו הסבר על התהליך ועל תופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות.
אני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים כי הוסברו לי/נו הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בטיפול העיקרי האמור לעוברים הנותרים ולאשה. בין השאר הוסבר לי/נו כי הסיכונים לעוברים הנותרים כוללים, בין היתר, אפשרות להיווצרות הפלה של ההריון כולו, אפשרות לירידת מים, מוות של עובר או עוברים נוספים, לידה מוקדמת שעלולה להסתיים בלידת פג, עם כל הסיבוכים הכרוכים בכך, כגון ליקויים מוטוריים, שכליים, עצביים ואישפוז ממושך.
הוסבר לי/נו כי הסיכונים לאשה כוללים, בין היתר, אפשרות לזיהום, לדימום, ובמקרים נדירים להפרעות בקרישת דם העלולות להעמידה בסכנת חיים.
ברור לי/נו כי פגיעות שעלולות להיגרם לאשה עלולות להיות גם בעלות השלכה על העוברים.
אני/ו נותנת/ים בזאת את הסכמתי/נו לביצוע הטיפול העיקרי.
כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.
הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות רגישות ברמות שונות לחומרי הרדמה. אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית, ינתן לי הסבר על ידי מרדים.
אני/ו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי/לנו שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

_____ _____ _____ _____
תאריך | שעה | חתימת האשה | חתימת הבעל
(במקרה של אשה נשואה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ו בפני על הסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.

_____ _____ _____
שם הרופא/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון

* ציין/י מספר העוברים בכתב ברור וקריא.
** מחק/י אם מיותר.

סירוב לדילול עוברים ראה/י מעבר לדף

ס' 1997 נוב'/OBGYN/000/IVF/0007

ההסתדרות הרפואית בישראל
האגודה הישראלית למיילדות וגינקולוגיה
MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

# סרוב לדילול (הפחתה) עוברים

אני/ו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה על דילול עוברים ועל משמעות הותרת * העוברים שברחם לרבות הסיכונים להפלה מוקדמת או מאוחרת, ירידת מים מוקדמת המצריכה הפסקת הריון ולידת פגים. הוסבר לי/נו ואני/נו מבינה/ים כי סיכוני הפגות כוללים בין היתר, פגיעות מוטוריות, פגיעות שכליות ועצביות ואישפוז ממושך וכי בהריון מרובה עוברים גבוה שיעור הלידות בניתוחים קיסריים.

אנ/ו מצהירה/ים בזאת על סרוב לדילול עוברים.

| | | | |
|---|---|---|---|
| תאריך | שעה | חתימת האשה | חתימת הבעל (במקרה של אשה נשואה) |

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה** את כל האמור לעיל אודות דילול והותרת עוברים בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ו בפני על סרוב לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.

| | | |
|---|---|---|
| שם הרופא/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון |

* ציין/י מספר העוברים בכתב ברור וקריא.

** מחק/י אם מיותר.

ט' 1997 נוב/OBGYN/000/IVF/0007