

טופס הסכמה: הפסקת הריון בשליש הראשון של ההריון

Vacuum/curettage of uterus for termination of pregnancy (D&C)

הפסקת הריון מתבצעת על ידי הרחבת צוואר הרחם וניתוק העובר והשליה מקיר הרחם באמצעות שאיבה וגרידה. הפעולה מתבצעת ברוב המקרים בהרדמה כללית.

שם האשה _____

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

על הפסקת הריון (להלן: "הפעולה העיקרית").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית לרבות כאב בטן, אי נוחות ודימום קל שיחלפו מעצמם תוך מספר ימים. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות האפשרות של ניקוב הרחם וצורך בניתוח מידי, וכן האפשרות לזיהום מידי או מאוחר. הוסברו לי הסיבוכים המאוחרים האפשריים לרבות הפרעות בוסת, הריון חוץ רחמי, אי ספיקת צוואר הרחם וכתוצאה מכך הפלות חוזרות ו/או לידות מוקדמות, שיתכן שיצריכו תפירת צוואר הרחם בעת הריון בעתיד. כמו כן, קיימת אפשרות של הפרעות בהשתרשות השליה ו/או דלקות שעלולות לגרום לפגיעה ביכולת להרות בעתיד.

הוסברה לי החשיבות של בדיקת ביקורת שבועיים לאחר הפעולה העיקרית על מנת לוודא שההריון הופסק כמקווה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית. כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות ברחם ו/או באיברי בטן סמוכים, שלא ניתן לצפתן כעת בוודאות או במלואן. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הפעולה העיקרית.

הובהר לי שהפעולה העיקרית מתבצעת בהרדמה כללית, והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

קיימת גם אפשרות לביצוע הפעולה בהרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות הפרעות בקצב הלב, ירידת לחץ דם ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אני יודעת ומסכימה 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 בהתאם לחוק.

במקרים בהם המטופלת קיבלה לידיה מרשם לנטילת מיזופרוסטול (ציטוטק) לנטילה עצמית לשם הכנת צוואר הרחם טרם הפעולה העיקרית:
הוסבר לי בפירוט אופן נטילת התרופה. הוסבר לי כי לעתים עלולים להופיע דימום רב , התכווצויות וכאב בטן ואף פליטה של תוכן ההריון עוד טרם מתבצעת הפעולה העיקרית להפסקת ההריון. הוסבר לי כי אירועים אלו יכולים להתרחש עוד טרם הגעתי לבית החולים. הוסבר לי כי בהופעת דימום משמעותי, כאב בטן או כל אירוע חריג אחר עלי לפנות למיון נשים לבדיקה באופן מיידי.

ידוע לי שבית החולים הוא בית חולים עם סינוף אוניברסיטאי ובהערכה ובניתוח עשויים ליטול חלק סטודנטים, בפיקוח מלא. אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים , וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם , בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.
ידוע לי שהמרכז הרפואי הוא בעל סינוף אוניברסיטאי ובהערכה והטיפול עשויים ליטול חלק סטודנטים בפיקוח מלא.

הערת הסכמה _____

מיקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה _____

_____	_____	_____
חתימת המטופל	שעה	תאריך
_____	_____	_____

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה/לאפוסטרופוס של האשה *את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

_____	_____	_____
מספר רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא
		* מחק/י את המיותר