



טופס הסכמה דיקור שק השפיר לצורך אבחון גנטי AMNIOCENTESIS

דיקור מי שפיר מבוצע לשם איבחון ליקויים גנטיים, מחלות או מומים מלידה, הניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות, הבדיקה נעשית משבוע 16 להריון ועד לשבוע 22.5 להריון.

הבדיקה מתבצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן לתוך הרחם, תחת הנחיית אולטרה-סאונד, ושאיבת כ- 50 - 30 סמ"ק מי שפיר. לעיתים, נלקחת כמות נוספת לצורך בדיקות מיוחדות, וכן לעיתים יש צורך ביותר מדיקור אחד על מנת להפיק מי שפיר במידה מספקת לבדיקתם. בהריון מרובה עוברים יש צורך בדגימת מי שפיר מכל שק (למעט במקרים מיוחדים כגון תאומים זהים בהם ניתן לדקר שק אחד בלבד, או כשמעוניינים לבדוק עובר אחד).
הבדיקה היא בעלת מהימנות גבוהה לגבי ליקויים כרומוזומלים מיקרוסקופיים ותת מיקרוסקופיים שנבדקו, אך בדיקה המפורשת כתקינה אינה שוללת לחלוטין קיום מומים גופניים, נפשיים או שכליים או מחלות גנטיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם בבדיקת במי שפיר.

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופלת:

אני מצהירה ומאשרת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע דיקור מי שפיר AMNIOCENTESIS כדי לגלות ליקויים אצל העובר בשל: _____ (להלן: "הבדיקה העיקרית")

מד"ר/פרופ' יועץ גנטי: _____

שם פרטי

שם המשפחה

תאריך: _____ שעה: _____ חתימת המטופלת: _____

אני מבקשת ומסכימה בזאת, לבצע בדיקת מי שפיר לשם בדיקת כרומוזומים של העובר ברחמי וכן כל בדיקה גנטית אחרת של נוזל מי השפיר שרופאי ימצאו לנכון, על בסיס מידע רפואי, כדי לאבחן הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה ככל שהם ניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי מסרתי את כל המידע הידוע לי אודות מצבים רפואיים חריגים אצלי ובמשפחה.

הוסבר לי, שקיימת אפשרות שהדיקור לא יצליח, או שלא ניתן יהיה להשלים את הבירור הגנטי מהדגימה שתילקח, או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הבדיקה.

הוסבר לי שלאחר ביצוע הבדיקה, צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן התחתונה וייתכן כאב קל במקום הדיקור, דימום נתיקי קל ודליפה קלה של מי שפיר.

הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות הפלה/לידה מוקדמת (כתלות בגיל ההריון) ב-1:1000 - 1:400 מהמקרים. במקרים נדירים ביותר עלול להתפתח סיבוך כגון זיהום תוך רחמי אשר עלול לחייב כריתת רחם ואף לגרום למוות. דיקור נוסף הנעשה בסמוך לדיקור הראשון (כגון בהריון מרובה עוברים) מגביר את הסיכון להופעת הסיבוכים המפורטים לעיל.



אני יודעת ומסכימה לכך, שהבדיקה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של TLV מדיקל וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ב-TLV מדיקל ובכפוף לחוק. אני נותנת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

תאריך: _____ שעה: _____ חתימת המטופלת: _____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת/לאפוטרופוס של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____

שם המתרגם _____ קשריו למטופל _____