



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 השיליה מקיר הרחם באמצעות שאיבה וגרידה. הפעולה מתבצעת ברוב המקרים בהרדמה כללית.

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על הפסקת הריון VACUUM CURETTAGE OF UTERUS FOR TERMINATION OF PREGNANCY D&C (להלן: "הפעולה העיקרית")

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית לרבות כאב בטן, אי נוחות ודימום קל שיחלפו מעצמם תוך מספר ימים. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות האפשרות של ניקוב הרחם וצורך בניתוח מידי, וכן האפשרות לזיהום מיידי או מאוחר.

הוסבר 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 שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופאים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הפעולה העיקרית.

הובהר לי שהפעולה העיקרית מתבצעת בהרדמה כללית, והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים. קיימת גם אפשרות לביצוע הפעולה בהרדמה מקומית, לאחר שהוסבר 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 **TLV מדיקל** וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ב- **TLV מדיקל** בכפוף לחוק.

תאריך: _____ שעה: _____ חתימת המטופלת: _____

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

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

מס' רשיון _____

חתימת רופא/ה _____

שם הרופא/ה _____

