



טופס הסכמה: הפסקת הריון רפואיית באמצעות טבליות מיג'ין וציטוטק

Termination of Pregnancy by Medication

استمارة موافقة: إسقاط الحمل الدوائي عن طريق حبوب ميفجين وسيوتوك

إن العلاج الدوائي عن طريق حبوب ميفجين (ميفبريستون) وسيوتوك (ميزوبروستول) مخصص لإسقاط الحمل داخل الرحم الذي لا يزيد عمره عن 49 يوماً. حيث إنه عندما يتم تنفيذ إسقاط الحمل بهذه الطريقة في توقيت متاخر أكثر تقل احتمالات نجاح العلاج.

يُعطى العلاج الدوائي في موعدين، في الموعد الأول بحبوب ميفجين وفي الموعد الثاني بحبوب سيوتوك، وبفارق زمني براوح بين 36 حتى 48 ساعة. ويكون من المتوقع حدوث إسقاط الحمل عدداً من الساعات بعد تناول الأدوية في الموعد الثاني . وفي كل واحد من الموعدين هناك حاجة إلى الاستراحة والمراقبة الطبية: ساعتين بعد تناول حبوب الميفجين وست ساعات بعد تناول حبوب السيوتوك، أو وفقاً لما يراه الطبيب المعالج مناسباً.

اسم المرأة / شم האשה:

رقم الهوية/ צ.א.

اسم الأب/ شم משפחاه

اسم الشخصي / شم פרטיה

اسم العائلة/ شم משפחاه

الاسم الشخصي / شم פרטיה

اسم العائلة/ شم משפחاه

أصرّح وأقرُّ بهذا بأنني تلقيت شرعاً شفهياً مفصلاً من الدكتور/ة

عن إسقاط الحمل عن طريق حبوب ميفجين وسيوتوك (فيما يلي: "إسقاط الحمل الدوائي").

لقد أوضحت لي، أيضاً، الإمكانيات البديلة لإجراء إسقاط الحمل عن طريق الكشط، بما في ذلك إيجابيات وسلبيات الكشط مقابل إسقاط الحمل الدوائي . وقد أوضح لي أن الإجراء غير قابل للتحويل بعد تناول الحبوب، وفي حال لم ينجح إسقاط الحمل الدوائي، يجب إجراء إسقاط الحمل بالطريقة المتبعة إنما التخوف من تشكل عاهات لدى الجنين نتيجة لتاثير الأدوية المذكورة أعلاه.

وأوضح لي أن التزيف الحاد ليس دليلاً، بالضرورة، على إسقاط الحمل، حيث يجب على القدوة إلى لقاءات المتابعة التي سادعي إليها و فق خطة العلاج . وقد أوضح لي أنه في 5%-10% من حالات إسقاط الحمل الدوائي، هناك حاجة إلى استكمال إجراء الإجهاض بالطريقة المتبعة الخاصة بالكشط تحت تأثير التخدير.

إنني أصرّح وأقرُّ بهذا بأنني تلقيت شرعاً عن العوارض الجانبية المحتملة، بما في ذلك : الآلام الشديدة بالام الحنف (الدوره الشهرية) وحتى أشد منها؛ التزيف الملحوظ من المenses بل (فتحة الرحم) على امتداد 9 أيام من يوم تناول ميفجين، والتزيف الخفيف حتى الحنف التالي؛ الصعف، حالات الغثيان و / أو التقيؤ، الإسهال، فقد الشهية، الطفح، الشعور بالحرارة أو القشعريرة، ألم الرأس، حالات الدوخة والألام في الصدر، أحياناً، والمزاج المعكور . تكون هذه العوارض الجانبية عابرة عادةً بعد بضعة أيام على تناول حبوب السيوتوك في الموعد الثاني . وقد أوضح لي التعقيد المحتمل الخاص بالنزيف الشديد الذي سيستوجب الكشط، ونقل الدم عن طريق الوريد في أحياناً نادرة.

وقد أوضحت لي، كذلك، التعقيدات المحتملة للكشط، بما في ذلك: التهاب بطانة الرحم، التقطان عدوى الأمراض، السليلة المخاطية (بوليب) في بطانة الرحم وتنتسب الرحم.

وأوضح لي أن هناك منعاً على تنفيذ إسقاط الحمل الدوائي في حالات الاضطرابات الصحية، دمج علاجات دوائية آخر وللنساء المدخنات فوق سن 35، وإنني أصرّح بأنني نقلت للطبيب المعالج تفاصيل طيبة كاملة . وقد أوضح لي أن إبداء التعاون من ناحيتي، وتلبية تعليمات العلاج، ضروريان وحيويان لنجاح العلاج بشتي مناحيه . أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ إسقاط الحمل الدوائي.

توقيع المرأة / חתימת האשה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريضه نفسانية)/

שם האפוטרופוס (קריבה)

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פטול דין, קטינה או חולת נפש)

أقرُّ بهذا بأنني شرحت شفهياً للمرأة / للوصي على المرأة * كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنها/ه وقعت/وَقَعَ على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنها/ه فهمت/فهم شرعي كامل.

رقم الرخصة/ מס' רשיון

توقيع الطبيب/ة/ החימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

*يرجى شطب الزائد/ מחיק/ את המיותר