

**טופס הסכמה: הפסקת הריון בשליש הראשון או השני של ההריון**  
**FIRST / SECOND TRIMESTER TERMINATION OF PREGNANCY**

מדבקה

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_

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

באבחנה של: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת 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 מיידי, וכן האפשרות לזיהום מיידי או מאוחר.

הוסברו לי הסיבוכים המאוחרים האפשריים לרבות הפרעות בווסת, הריון חוץ רחמי, אי ספיקת צוואר הרחם וכתוצאה מכך הפלות חוזרות ו/או לידות מוקדמות, שיתכן שיצרכו תפירת צוואר הרחם בעת הריון בעתיד. כמו כן, קיימת אפשרות של הפרעות בהשתרשות השליה ו/או דלקות שעלולות לגרום פגיעה ביכולת להרות בעתיד.

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

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה 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 בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה 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 ללחץ דם ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אני יודעת/ומסכים/ה 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 ובהתאם לחוק.

חתימת המטופלת

שעה

תאריך

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

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

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

העתקים: 1-תיק מטופל, 2-מטופל

\* מחקי את המיותר