



## טופס הסכמה: השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין E2 INDUCTION OF LABOR BY PGE2

פרוסטגלנדין E2 היינו תכשיר הניתן באמצעות כדורים, גל נרתיקי או תמיסה לצורך גרימת צירי לידה במקרים בהם לא מתפתחת לידה באופן טבעי.

שם היולדת:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין E2 (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנוסבות המקרה, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

הוסבר לי שמטרת הטיפול העיקרי היא ריכוך צוואר הרחם וגרימת צירים, אך קיימת גם אפשרות של כשלון בהשראת לידה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות של הטיפול העיקרי לרבות: בחילות, הקאות, שלשול, כאבי ראש, ירידת לחץ דם ועווית סמפונות (ברונכוספאזם).

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: הופעת התכווצויות תכופות וחזקות של הרחם שיצריכו טיפול תרופתי, שינויים בדופק העובר, תגובה של רגישות יתר לפרוסטגלנדינים המתבטאת בשינויים בלחץ דם ודיכוי נשימתי. הוסברה לי האפשרות הנדירה לקרע של הרחם שיצריך ניתוח קיסרי לחילוץ העובר ותיקון הקרע ובמקרים נדירים אף כריתת רחם. הוסבר לי שקרע של הרחם עלול לגרום ללידת עובר פגוע או למות העובר.

אני נותנת/נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני נותנת/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת היולדת

שעה

תאריך

חתימת אפטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם קרוב משפחה (קירבה)

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה לידה / לאפטרופוס של היולדת \* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה



העתקים:

1. תיק מטופל
2. מטופל