



# טופס הסכמה – היפוך חיצוני של עובר במצג עכוז EXTERNAL CEPHALIC VERSION (ECV)

לידה במועד של עובר במצג עכוז כרוכה בסיכון מוגבר לאם ולילוד. לידת עכוז נרתיקית כרוכה בעליה בתחלואה ובתמותה העוברית. לכן כאשר העובר נמצא במצג עכוז בזמן הלידה, מומלץ כיום על ניתוח קיסרי. היפוך חיצוני של העובר ממצג עכוז למצג ראש לפני הלידה עשוי לייטר את הצורך בניתוח קיסרי.

סיכויי הצלחה של ההיפוך נעים בין 50% - 75%. הסיכויים להצלחה גבוהים בלידות חוזרות, בנשים רזות, כאשר הרחם שרירי הבטן רפויים, וכאשר השליה אינה קדמית לרגלי העובר ומלווה בנוכחות כמות מים תקינה. סיכויי ההצלחה פוחתים במצבים הבאים: בלידה פעילה, מצג עכוז בלידה קודמת, כאשר קיים מום רחמי וכשמשקל העובר נמוך. יחד עם זאת מצבים אלה אינם התווית נגד לניסיון היפוך חיצוני.

התנאים הנדרשים להיפוך חיצוני הם: עובר יחיד במצג עכוז בהריון מעל 36 שבועות מלאים, כמות מי שפיר תקינה, וניטור עובר תקין.

ההיפוך החיצוני מבוצע בחדר לידה ומחייב הערכות לניתוח קיסרי. כולל: הערכה על קולית ורישום דופק עוברי, התקנת עירוי, לעיתים עם תכשיר המרגיע את שריר הרחם והכנות נוספות. ההיפוך עצמו מבוצע באמצעות לחץ על הבטן והכוונה של העובר למצג ראש.

במשך 1-2 שעות אחרי ההיפוך (בין אם היה מוצלח ובין אם לאו), על היולדת להישאר בהשגחה במהלכה יבוצע רישום דופק עוברי. ההחלטה על שחרור מבית החולים או יילוד, תתקבל על פי נתוני המעקב.

שם האשה:

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

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

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על היפוך חיצוני של העובר ברחמי ממצג עכוז למצג ראש (להלן: "היפוך חיצוני").

הובהרו לי הסיבות לביצוע הפעולה וסיכויי הצלחתה.

הוסבר לי כי מהניסיון שהצטבר נצפה, שהפעולה אינה גורמת חבלה גופנית ישירה לעובר.

הובהר לי כי מיד לאחר ההיפוך עלולות להופיע האטות זמניות בדופק העוברי אשר בדרך כלל חולפות תוך מספר דקות, ללא טיפול.

כמו כן, הובהר לי כי לעיתים נדירות עלול להיווצר סיבוך הקשור בחבל הטבור או שתגרם הפרדות שליה או ירידת מים עם צניחת חבל הטבור שיחייבו ניתוח קיסרי מיידי. כמו כן, תוארו בספרות מספר מקרי מוות עוברי תוך רחמי לאחר היפוך, ללא שהובהר הקשר לפעולת ההיפוך.

הוסבר לי כי במידה ואשתחרר מבית החולים יהיה עלי לעקוב בקפדנות אחרי תנועות העובר ולפנות במקרה הצורך לחדר לידה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע היפוך חיצוני.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת האשה \_\_\_\_\_

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

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_

אישור מנהל חדר לידה או מנהל הריון  
בסיכון: \_\_\_\_\_ שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_

העתיקים: 1. תיק מטופל 2. מטופל