

טופס הסכמה מדעת - בקשה ללידה טבעית/מים NATURAL CHILDBIRTH

הלידה הטבעית מתאימה רק ליולדות בריאות המוגדרות בסיכון נמוך מבחינה רפואית והמבקשות ללדת עם התערבות רפואית מזערית.

בלידה הטבעית מנוטר דופק לב העובר בהאזנה. הניטור האלקטרוני הרציף יתבצע רק אם יתעורר חשד לדופק עוברי לא תקין ו/או על פי החלטת הצוות הרפואי.

בין היתר, עובדה שמדובר בהתערבות מינימלית אשר עלולה להיות בעלת השפעה על התגובה של הצוות, במקרים של שינוי במצבי ו/או במצב העובר כמפורט להלן:

- ניטור דופק העובר בהאזנה בלבד עלול לגרום לאיחור בזיהוי מצוקה עוברית ולהסב נזק נירולוגי קשה ובלתי הפיך לילוד.
- במקרים של עיכוב בהתערבות רפואית במצבים אימהיים, עלול להיגרם לידת נזק חולף או קבוע.

כמו כן, הוסבר לי כי אם במהלך ניהול הלידה הטבעית יחול שינוי במצבי או במצב העובר או אבקש לקבל אלחוש אפידוראלי, תופסק תוכנית הלידה הטבעית ואקבל טיפול בהתאם למצבי הרפואי החדש ועל פי שיקול דעת הצוות הרפואי, כולל מעבר לחדר אחר.

לאחר שהוסבר לי כל האמור לעיל אני מבקשת ללדת בלידה טבעית עם התערבות רפואית מזערית.

הבהרה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק על מצבי הבריאותי בכלל ועל העבר המיילדותי שלי, ואני מצהירה ומאשרת כי דיווחתי על כך לצוות המטפל.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי קראתי והבנתי וגם קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם היולדת: _____

שם משפחה _____

שם פרטי _____

שם האב _____

ת.ז. _____

תאריך _____

חתימת היולדת _____

שם האפוסטרופוס (קרבה) _____

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

למילוי ע"י הרופא:

היולדת עומדת בקריטריונים של הריון בסיכון נמוך עפ"י הקריטריונים הבאים: (יסומן ע"י הרופא בלבד ב-V)

הריון בסיכון נמוך עד למועד הלידה.

ניטור עוברי תקין בקבלה.

העדר גורמי סיכון אימהיים, וביניהם: רעלת הריון, סוכרת הריונית וקדם הריונית, מחלות אימהיות, הריון עודף (שבוע 42 ומעלה), מצב לאחר ניתוח קיסרי קודם או היסטוריה של ניתוחים רחמיים.

העדר גורמי סיכון עבריים וביניהם: עיכוב גדילה תוך רחמי (IUGR), חשד למקרזומיה, פגות מתחת לשבוע 36 והריון מרובה עובריים.

בוצעו בדיקות לשלילת זיהומי הפטיטיס C, B ו-HIV

מצבים רפואיים בעת הלידה: ירידת מים מקוויאליים, דימום (חשד להיפרדות שליה), ריבוי/מיעוט מי שפיר.

אני מאשרת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת/ל/אפוסטרופוס של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____

חתימת הרופא/ה _____

מס' רישיון _____

הסכמה ללינוי לידה במים

אני מעוניינת לא מעוניינת

שם היולדת _____ ת.ז. _____
מבקשת לינוי התקדמות הלידה ושיכוך כאב ע"י שהייה בבריכת מים. הצוות הסיעודי והרפואי הסביר לי את היתרונות והסיכונים בלידת מים כך שביכולתי לבחור את דרך הלידה הנכונה לי.
הוסבר לי כי שהייה במים תהא עד לשלב השני של הלידה (עד פתיחה מלאה) ולאחר מכן המשך הלידה יהא מחוץ למים.

אני מבינה את הדברים הבאים:

בארה"ב לא נערכו מחקרים גדולים המלמדים על היתרונות או סיכונים לאם ולילוד בלינוי הלידה באופן היכול לתמוך או להסתייג מבחירה זו.
האקדמיה האמריקאית לילדים (The American Academy of Pediatrics) מצהירה כי בטיחות לידה במים אינה ידועה ואין מידע מספק להצביע על יתרונות לילודים בלידת מים.

לינוי לידה במים לא תתאפשר במקרים כגון:

- חום אימהי של 38 מעלות ומעלה
- ניטור עוברי חשוד
- דימום נרתיקי מוגבר
- שיכוך כאב באפידורל/תרופות נרקוטיות
- מקרים הדורשים ניטור עוברי רציף
- עדות לזיהום פעיל
- נגעים עוריים פעילים (כגון הרפס)
- עובר במצג עכוז
- ניתוח קיסרי בעבר
- ירידת מים מקוניאליים
- לידה מוקדמת לפני שבוע 37
- מצב עוברי המצריך המצאות צוות נאונטולוגי בלידה
- עובר קטן (IUGR) או גדול (מעל 4,000 גר')
- באם הצוות הסיעודי/רפואי סובר כי לינוי הלידה במים אינו בטיחותי לי או לעובר

אני מבינה את המידע המפורט במסמך זה, אני רוצה בלינוי לידה במים, כאמור עד פתיחה מלאה כאשר הלידה עצמה מפתחה מלאה והלאה תתבצע מחוץ למים. אני מסכימה לתנאים הבאים:
יילקחו מדדים במהלך הלידה הכוללים חום גוף, לחץ דם ודופק באופן סביר.
יתבצע ניטור דופק עוברי לסירוגין מידי 15-30 דק' כמקובל בנוהל לידה טבעית. הדופק העוברי צריך להמצא תקין על מנת להמשיך בניטור לסירוגין ובליווי הלידה במים.
אני אמלא אחר הנחיות הצוות הסיעודי/רפואי המלווה ובמידה ואתבקש לצאת מן הבריכה - אעשה זאת. מפתחה מלאה והלאה, המשך הלידה, הוצאת השליה ותיקון קרעים יהא מחוץ למים.
ערכתי דיון עם הצוות הסיעודי/רפואי בנוגע ללינוי הלידה במים, כל שאלותיי נענו.
אני מאמינה כי לינוי הלידה במים היא הבחירה הנכונה לי.

חתימת היולדת

תאריך

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי קראתי והבנתי וגם קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי

שם משפחה

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

שם האפוטרופוס (קרבה)

למילוי ע"י הרופא:

אני מאשרת כי הסברתי בעל פה למטופלת/לאפוטרופוס של המטופלת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

* מחקי/ את המיותר העתקים: 1-תיק מטופל, 2-מטופל