

## טופס הסכמה: הפסקת הריון תרופתית באמצעות טבליות מיפג'ין וציטוטק Termination of Pregnancy by Medication

טיפול תרופתי באמצעות טבליות מיפג'ין (מיפפריסטון) וציטוטק (מיזופרוסטול) מיועד להפסקת הריון תוך רחמי שגילו אינו עולה על 49 יום. כאשר הפסקת הריון בשיטה זאת מתבצעת בעיתוי מאוחר יותר הסיכויים להצלחה של הטיפול פוחתים. הטיפול התרופתי ניתן בשני מועדים, במועד ראשון טבליות מיפג'ין ובמועד שני טבליות ציטוטק, במרווחי זמן של 36 עד 48 שעות.

הפסקת ההריון צפויה להתרחש מספר שעות לאחר נטילת התרופות במועד השני. בכל אחד מהמועדים יש צורך במנוחה ובהשגחה רפואית: שעתיים לאחר נטילת טבליות המיפג'ין ושש שעות לאחר נטילת טבליות הציטוטק, או בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המטפל.

שם האישה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. ז.
_____	_____	_____	_____

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

שם פרטי	שם משפחה
_____	_____

על הפסקת הריון באמצעות טבליות מיפג'ין וציטוטק (להלן: "הפסקת הריון תרופתית").

הוסברה לי גם האפשרות החלופית לבצע את הפסקת ההריון באמצעות גרידה, לרבות היתרונות והחסרונות של גרידה לעומת הפסקת הריון תרופתית. הובהר לי כי לאחר נטילת הטבליות התהליך אינו הפיך, ובמקרה בו הפסקת ההריון התרופתית לא תצליח, יש לבצע את הפסקת ההריון בשיטה המקובלת עקב החשש להיווצרות מומים בעובר כתוצאה מהשפעת התרופות הנ"ל.

הוסבר לי כי דימום חזק אינו מעיד בהכרח על הפסקת ההריון ועלי להגיע לפגישות המעקב אליהן אוזמן לפי תוכנית הטיפול. הוסבר לי שב- 5%-10% מהמקרים של הפסקת הריון תרופתית יש צורך בהשלמת תהליך ההפלה בשיטה המקובלת של גרידה בהרדמה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבים דומים לכאבי מחזור ואף חזקים יותר; דימום ניכר מהנרתיק במהלך עד 9 ימים מיום נטילת מיפג'ין ודימום קל עד למחזור הבא; חולשה, בחילות ו/או הקאות, שלשול, העדר תאבון, פריחה, הרגשת חום או צמרמורת, כאבי ראש, סחרחורת ולעיתים כאבים בחזה ומצב רוח ירוד. תופעות לוואי אלו חולפות בדרך כלל מספר ימים לאחר נטילת טבליות הציטוטק במועד השני. הוסבר לי הסיבוך האפשרי של דימום חזק שיצריך גרידה ולעיתים נדירות מתן עירוי דם.

כמו כן, הוסבר לי סיבוכים אפשריים של גרידה, לרבות: דלקת של רירית הרחם, הידבקויות, פוליפ ברירית הרחם וניקוב הרחם.

הובהר לי שקיים איסור על ביצוע הפסקת הריון תרופתית במצבי חולי, בשילוב עם טיפולים תרופתיים אחרים ולנשים מעשנות מעל גיל 35, ואני מצהירה שמסרתי לרופא המטפל פרטים רפואיים מלאים.

הוסבר לי ששיתוף הפעולה מצדי, ומלוי אחר הוראות הטיפול, הינו הכרחי וחיוני להצלחת הטיפול על כל היבטיו. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפסקת הריון תרופתית.

תאריך	שעה	חתימת האישה
_____	_____	_____

שם האפוסטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_  
חתימת האפוסטרופוס (במקרה של קירבה פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאשה/אפוסטרופוס\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעת/י כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
_____	_____	_____

\*מחק את המיותר