

## טופס הסכמה: הפסקה סלקטיבית של ההריון

### SELECTIVE TERMINATION OF PREGNANCY

מדבקה גדולה

הפסקה סלקטיבית של ההריון מבוצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן והזרקת תמיסת מלחים מרוכזת ללב העובר שאובחן פגום, על מנת להמיתו. העובר המומת נשאר בדרך כלל ברחם עד ללידה. הפעולה נעשית בדרך כלל ללא הרדמה.

#### שם המטופלת:

שם המשפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

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

על כי ב-U.S מילדותי/בדיקה אחרת נתגלה \_\_\_\_\_

מסיבות שהוסברו לי לא ניתן לאמת או לשלול את האבחנה באופן מוחלט. הוסבר לי שלמרות שהממצאים נצפו בוודאות רבה, יש אפשרות של טעות באבחנה בשל מגבלות הבדיקות.

לאור הממצאים הנ"ל הבעתי את רצוני המוחלט לבצע הפסקת ההריון של העובר הפגום (להלן: "הפעולה העיקרית").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על מהלך הפעולה העיקרית ועל תופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים הקשורים בפעולה האמורה לי עצמי/לאשה ולעובר/ים הבריאים. הוסבר לי כי הסיכונים לעובר/ים הבריאים כוללים, בין היתר, אפשרות ללידה מוקדמת, אפשרות להיווצרות תסחיפים, פגיעה מוחית או פגיעות אחרות מסוג לא צפוי מראש, ועד מוות במקרים נדירים.

הוסבר לי שבמקרים נדירים, כאשר קיים יותר מעובר אחד, ואחד מהם פגום, עלול להיות קושי בזיהוי העובר הפגום. בשל קושי זה תיתכן המתת עובר בריא.

הוסבר לי כי הסיכונים לי עצמי/לאשה כוללים, בין היתר, אפשרות לזיהום, דימום ובמקרים נדירים הפרעות בקרישת דם שעלולות להעמידיני בסכנת חיים. הובהר לי כי פגיעות שעלולות להיגרם לי/לאשה עלולות להיות גם בעלות השלכה על העובר/ים הבריאים. אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הפעולה העיקרית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה. אם יוחלט על ביצוע הפעולה העיקרית בהרדמה כללית או אזורת, ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכימה/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 בכפוף לחוק.

חתימת המטופלת

שעה

תאריך

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

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

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

## מרכז רפואי מעיני הישועה | נשים ומילדות

\* מחק/י את המיותר , העתקים: 1-תיק מטופל , 2-מטופל