



# טופס הסכמה: טיפול הורמונלי בבעיות פריון

## HORMONAL TREATMENT DUE TO INFERTILITY

מטרת הטיפול ההורמונלי הניתן לאישה, הינו להשרות ביוץ במקרים בהם האישה אינה מבייצת או לאפשר גיוס רב יותר של ביציות בכך להגדיל את הסיכויים להריון.

### סוגי הטיפול האפשריים:

1. קלומיפן: טיפול הניתן בכדורים שנועד לגרום לבייץ.
2. תכשירים גונדוטרופינים: טיפול הניתן בזריקות לשריר או לתת-עור, המשפיע באופן ישיר על התפתחות הזקיקים והיווצרות ביציות בשחלה. מהלך הטיפול דורש מעקב באמצעות בדיקות דם ו/או אולטרסאונד.
- קיימים מקרים בהם קודם לטיפול להשראת ביוץ היתר או במהלכו ניתן לאישה טיפול הורמונלי נוסף לצורך דיכוי השחלות ומניעת ביוץ מוקדם. טיפול זה עלול לגרום לתופעות לוואי הדומות לאלו של גיל המעבר.

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

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על סוגי הטיפול ההורמונלי (להלן: "הטיפול העיקרי").  
 כמו כן הוסברו לי סיכויי ההצלחה של הטיפול ההורמונלי המשתנים ותלויים בגיל בני הזוג, במצב השחלות, החצוצרות, בפתולוגיות נלוות ברחם ו/או באגן, באיכות הזרע ובגורמים נוספים.  
 סיכויי ההצלחה להריון במחזור טיפולי אחד, הם עד 20%. סיכויי ההצלחה בסדרה של 3-6 טיפולים הינם עד 50-60%.  
 הוסבר לי תופעות לוואי והסיבוכים של הטיפול העיקרי, לרבות:

1. **רגישות לתכשירים** ההורמונליים נדירה, אך בכל מקרה של תופעה חריגה יש לדווח מוקדם ככל האפשר לרופא המטפל.
2. **גירוי יתר שחלתי** מתבטא, על פי רוב, בתפיחות הבטן, כאבי בטן, התפתחות ציסטות שחלתיות, הגדלת שחלות ואף הצטברות קלה של נוזלים בבטן. התופעות חולפות, בדרך כלל, בהמשך, תוך מנוחה ושתייה מרובה. שכיחות של גירוי יתר שחלתי קל היא 10%-25% למחזור טיפול אחד.

גירוי יתר בינוני או קשה נדירים יותר ובדרך כלל מחייבים אשפוז. גירוי בינוני כולל בנוסף הופעת בחילות, שלשולים והקאות, ושכיחות הופעתו הינה 5%-15%. גירוי יתר קשה כולל, בנוסף, גם הצטברות נוזל בחלל הבטן, בית החזה והלב שתצריך לעיתים דיקורי בטן חוזרים לשם ניקוז. יציאת הנוזל לחללים עלולה לגרום גם לתסחיפים סיבוכים נדירים נוספים כוללים אי ספיקת לב, אי ספיקת כליות ועד מוות. שכיחות של גירוי יתר שחלתי קשה היא 0.1%-5% למחזור טיפולי אחד.

חומרת התופעות עלולה להביא להפסקת הטיפול.  
 3. תסביב, קרע, או דימום מהשחלה הם נדירים יחסית אך לעיתים מחייבים התערבות כירורגית. לעיתים נדירות דווח אף על צורך כריתת השחלות.

4. ריבוי עוברים- שיעור ריבוי העוברים בטיפולים הורמונליים גבוה יחסית (עד 30% בהתאם לסוג הטיפול) במקרים של ריבוי עוברים (שלושה ומעלה) יידרש דילול עוברים, בשל הסיכונים בהריון מרובה עוברים. במידה ויהיה צורך בדילול עוברים, יינתן הסבר על הפעולה סיכוייה וסיכוייה בנפרד.

5. הפלות והריונות חוץ רחמיים- בהריונות המושגים לאחר השריית ביוץ ישנה עליה מסוימת בשכיחות הפלות והריונות חוץ רחמיים. עד כה לא הוכח קשר סיבתי בין השראת ביוץ לבין סרטן השחלות. ידוע שההיריון הינו המגן הטוב בהתפתחות גידולי שחלה ממאירים.  
 6. הוסבר לי כי בטיפולים הורמונליים הניתנים בבעיית פריון תיתכן לידה של ילד או ילדים במצב בריאותי או נפשי בלתי תקין, לרבות בעלי מום או בלתי נורמליים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל. שיעור סיבוכים אלו אינו עולה על תדירות הופעתם בהריון טבעי.

אני/אנו נותנת/ים בזאת את הסכמתי/נו לביצוע הטיפול העיקרי. אני/ו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול העיקרי וכל האחרים, ייעשו בידי צוות טיפולי הפריון: הרופאים, האחיות, אנשי המעבדה ועוזריהם וכל מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד: \_\_\_\_\_ (שם המוסד)

וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד ובהתאם לחוק וכי האחראי לטיפול הפריון יהיה\* \_\_\_\_\_ שם הרופא

חתימת האישה \_\_\_\_\_ (להלן: "האשה") | שם בן הזוג \_\_\_\_\_ | ת.ז. \_\_\_\_\_ | (להלן: "בן זוג") תאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה / לבני הזוג\*\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא\*\* חתמה/ו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו\*\* את הסברי במלואם.

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

\* מלא במקרה של טיפול פרטי \*\* מחק את המיותר