

טופס הסכמה: טיפול תרופתי בהפלה נדחית

Missed abortion - medical treatment

מטרת טופס זה לספק לך את המידע הדרוש בנושא טיפול תרופתי בהפלה נדחית, על מנת לאפשר לך לבחור את דרך סיום ההריון הנוכחי. מדיניות מחלקתנו ומדיניות מחלקות אחרות ברחבי העולם, היא לאפשר בחירה בדרך הטיפול בהפלה הנדחית שאובחנה.

פרטי המטופלת: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

על הצורך _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ בטיפול בהפלה נדחית והאפשרות לבחור בין טיפול תרופתי לבין טיפול כירורגי (גרידה). אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי ניתן לי הסבר על המהלך הצפוי, התוצאות והסיבוכים האפשריים. הוסבר לי כי שיעור ההצלחה של טיפול תרופתי בהפלה נדחית עומד על 70%-75%. הוסבר לי כי מחצית מהכישלונות הינם חוסר תגובה והשארות של כל שק ההריון – דבר שמחייב טיפול כירורגי בגרידת חלל הרחם, וכי בשאר הכישלונות מדובר בהיותות שארית הריון בחלל הרחם – דבר שמחייב טיפול כירורגי בהיסטרוסקופיה או גרידה.

הוסבר לי כי הסיבוך העיקרי העלול להופיע לאחר טיפול תרופתי להפלה נדחית הינו דימום רב המחייב לעיתים גרידת חירום ו/או מתן דם ומוצריו. הוסבר לי על פי הספרות הידועה ועל פי הניסיון כי שכחות סיבוך זה הינה פחות מ-1%. סיבוך נוסף אפשרי הוא זיהום חלל הרחם. גם הוא נדיר מאוד.

בנוסף על הסיבוכים האמורים, הוסבר לי, כי לא ידועה השפעת טיפול זה על סיכויי כניסה להריון בעתיד, אך אין הוכחה בשלב זה כי הטיפול פוגע בסיכויים אלו.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבינה שיחסית לטיפול הכירורגי, טיפול תרופתי בהפלה נדחית מחייב מספר גדול יותר של ביקורות, מלווה ביותר ימי דימום וביותר כאב.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי שגרידת חלל הרחם הינה בגדר אלטרנטיבה טיפולית לטיפול התרופתי בהפלה נדחית.

אני יודעת ומסכימה לכך שהמעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי בהפלה נדחית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם, או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקראתי טופס זה, הבנתי את תוכנו, ודנתי עם הצוות הרפואי על הסיכונים הכרוכים בניסיון טיפול תרופתי בהפלה נדחית, ועל הדרכים החלופיות לו.

תאריך _____ : _____
שעה _____

חתימת המטופלת _____

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

אני מאשרת/ת בזה כי הסברתי בעל פה לאישה/אפוסטרופוס את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא _____ חתימה וחותמת + מס' רישיון _____