

טופס הסכמה: דיקור מי שפיר לצורך אבחון גנטי AMNIOCENTESIS

דיקור מי השפיר נעשה לצורך אבחון הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה הניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות. הבדיקה נעשית בדרך כלל בשבוע 20-16 להריון.

הבדיקה מתבצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן והרחם לתוך שק השפיר, תחת הנחיית אולטראסאונד ושאיבת כ- 35-55 סמ"ק מי שפיר. לעיתים יש צורך ביותר מדיקור אחד על מנת להפיק מי שפיר במידה המספקת לבדיקתם. בהריון מרובה עוברים, יש צורך בדיקור נוסף של כל שק.

הבדיקה הינה בעלת מהימנות גבוהה לגבי מומים כרומוזומלים שנבדקו, אך בבדיקה המפורשת כתקינה אינה שוללת לחלוטין קיום מומים גופניים, נפשיים או שכליים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או אשר לא ניתן לבדקם במי שפיר. הבדיקה מבוצעת ללא הרדמה.

קיימת חשיבות מרובה לדיווח מקיף על מחלות גנטיות במשפחה ועל בדיקות שנעשו לגילוי הפרעות גנטיות.

פרטי הנבדקת:

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

- אני מצהירה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מרופא / יועץ גנטי _____ שם הרופא – פרטי ומשפחה _____ על דיקור מי שפיר כדי לגלות ליקויים אצל העובר בשל _____.
- אני מבקשת ומסכימה בזאת לבצע בדיקת מי שפיר לשם בדיקת כרומוזומים של העובר (להלן: "הבדיקה") ברחמי וכן כל בדיקה גנטית אחרת של נוזל השפיר שרופאי ימצאו לנכון לבצעה על בסיס מידע רפואי, כדי לאבחן הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה ככל שהם ניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות.
- הוסבר לי שקיימת אפשרות שהדיקור לא יצלח, או שתרבית התאים שיתקבלו לא תצמח, או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הבדיקה.
- אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי שלאחר ביצוע הבדיקה צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן התחתונה וייתכן כאב קל במקום הדיקור, דימום נרתיקי קל ודליפה קלה של מי שפיר.
- כמו כן, הוסבר לי שתוצאות תקינות של הבדיקה, אינן מבטיחות כי הילוד יהיה חופשי ממומים גופניים, נפשיים או שכליים, לרבות מומים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם בבדיקת מי שפיר.
- כמו כן, הוסבר לי שהסיכון להפלה כתוצאה מדיקור מי שפיר נמוך מ 1:400. סיבוך מסכן חיים לאם ו/או לעובר הוא נדיר ביותר. סימנים עיקריים לאפשרות של סיבוך הם: ירידת מים, דימום, כאבים מתגברים או חום. מרביתם מופיעים תוך 72 שעות. הוסבר לי שיש לעדכן את הרופא המטפל במידה ועולה חשד לסימן/ים אלה, ובאם אינו זמין יש לפנות למיזן נשים בבית החולים הקרוב למקום מגורי.
- אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה.
- אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת הנבדקת _____ X

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאישה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם נותן/ת ההסבר _____ חתימה וחותמת נותן/ת ההסבר _____ מס' רשיון _____