



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	כתובת:
טלפון:	מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה לביצוע היפוך חיצוני של עובר במצג עכוז External Cephalic Version (ECV)

לידה במועד של עובר במצג עכוז כרוכה בסיכון מוגבר לאם ולילוד. לידת עכוז נרתיקית כרוכה בעליה בתחלואה וכתמותה העוברית. לכן כאשר העובר נמצא במצג עכוז בזמן הלידה, מומלץ כיום על ניתוח קיסרי. היפוך חיצוני של העובר ממצג עכוז למצג ראש לפני הלידה עשוי לייטר את הצורך בניתוח קיסרי.

סיכויי הצלחה של ההיפוך נעים בין 50%-75%. הסיכויים להצלחה גבוהים בלידות חוזרות, בנשים רזות, כאשר הרחם ושרירי הבטן רפויים, כאשר השליה אינה קדמית, במצג רגליים, וכאשר כמות מי השפיר תקינה. סיכויי הצלחה פוחתים במצבים הבאים: בלידה פעילה, מצג עכוז בלידה קודמת, כאשר קיים מום רחמי וכשמשקל העובר נמוך. יחד עם זאת מצבים אלה אינם התווית נגד לניסיון היפוך חיצוני. התנאים הנדרשים להיפוך חיצוני הם: עובר יחיד במצג עכוז בהריון מעל 36 שבועות מלאים, כמות מי שפיר תקינה, וניטור עובר תקין.

ההיפוך החיצוני מבוצע בחדר לידה ומחייב הערכות לניתוח קיסרי. כולל: הערכה על קולית ורישום דופק עוברי, התקנת עירוי, לעיתים עם תכשיר המרגיע את שריר הרחם והכנות נוספות. ההיפוך עצמו מבוצע באמצעות לחץ על הבטן והכוונה של העובר למצג ראש. במשך 1-2 שעות אחרי ההיפוך (בין אם היה מוצלח ובין אם לאו), על היולדת להשאר בהשגחה במהלכה יבוצע רישום דופק עוברי. ההחלטה על שחרור מבית החולים או יילוד, תתקבל על פי נתוני המעקב.

שם האשה	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהירה/ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר				
שם פרטי		שם משפחה		

על היפוך חיצוני של העובר ברחמי ממצג עכוז למצג ראש (להלן: "היפוך חיצוני").

הובהרו לי הסיבות לביצוע הפעולה וסיכויי הצלחתה. הוסבר לי כי מהניסיון שהצטבר נצפה, שהפעולה אינה גורמת חבלה גופנית ישירה לעובר.

הובהר לי כי מיד לאחר ההיפוך עלולות להופיע האטות זמניות בדופק העוברי אשר בדרך כלל חולפות תוך מספר דקות, ללא טיפול. כמו כן הובהר לי כי לעיתים נדירות עלול להיווצר סיבוך הקשור בחבל הטבור או שתגרם הפרדות שליה או ירידת מים עם צניחת חבל הטבור שיחייבו ניתוח קיסרי מיידי. כמו כן, תוארו בספרות מספר מקרי מוות עוברי תוך רחמי לאחר היפוך, ללא שהובהר הקשר לפעולת ההיפוך. הוסבר לי כי במידה ואשתחרר מבית החולים יהיה עלי לעקוב בקפדנות אחרי תנועות העובר ולפנות במקרה הצורך לחדר לידה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע היפוך חיצוני.

תאריך	שעה	חתימת האשה
-------	-----	------------

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה /לאפוטרופוס של האשה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/ הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

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

* מחק את המיותר

מחלקת נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

