



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

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

טופס הסכמה: הפסקה סלקטיבית של ההריון SELECTIVE TERMINATION OF PREGNANCY

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 האשה: _____

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט מד"ר _____

שם משפחה	שם פרטי
_____	_____

על כי ב-U.S מיילדותי/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 הריון של העובר הפגום (להלן: "הפעולה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת 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 הבריא/ים. הוסבר לי כי הסיכונים לעובר/ים הבריא/ים 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 להעמידני בסכנת חיים. הובהר לי כי פגיעות שעלולות להיגרם לי/לאשה עלולות להיות גם בעלות השלכה על העובר/ים הבריא/ים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה 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 מסכים/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 ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הפעולה העיקרית בהרדמה כללית או אזורית, ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/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 מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת האשה
_____	_____	_____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____

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

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

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

* מחקי/את המיותר.

מחלקת נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

