

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: הפסקת הריון בשליש הראשון של ההריון VACUUM / CURETTAGE OF UTERUS FOR TERMINATION OF PREGNANCY (D&C)

הפסקת הריון מתבצעת על ידי הרחבת צוואר הרחם וניתוק העובר והשלייה מקיר הרחם באמצעות שאיבה ו/או גרידה. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית או כללית.

שם האשה: _____ 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 הפסקת הריון (להלן: "הפעולה העיקרית").

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית לרבות כאב בטן, אי נוחות ודימום קל שיחלפו מעצמם תוך מספר ימים. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות האפשרות של ניקוב הרחם וצורך בניתוח מידי, וכן האפשרות לזיהום מידי או מאוחר. הוסבר לי הסיבוכים המאוחרים האפשריים לרבות הפרעות בוסת, הריון חוץ רחמי, אי ספיקת צוואר הרחם וכתוצאה מכך הפלות חוזרות ו/או לידות מוקדמות, שיתכן שיצריכו תפירת צוואר הרחם בעת הריון בעתיד. כמו כן, קיימת אפשרות של הפרעות בהשחרשות השלייה ו/או דלקות שעלולות לגרום לפגיעה ביכולת להרות בעתיד.

הוסברה לי החשיבות של בדיקת ביקורת שבועיים לאחר הפעולה העיקרית על מנת לוודא שההריון הופסק כמקווה. אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהירה/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 בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם אך משמעותם 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 לאחר שהוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות הפרעות בקצב הלב, ירידת לחץ דם ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הפעולה העיקרית בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ת 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 מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת האשה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש) _____

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

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

*מחקר את המיותר

