

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט OBGYN/OOBP/0734/0073 / ספטמבר 1997

טופס הסכמה: השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין INDUCTION OF LABOR BY PGE2 استمارة موافقة: الحث على الإنجاب بواسطة البروستغلندين E2

הפרוסטגלנדין E2 הוא מוסחצר יעיל כחוב, כמادة جلاتينية لزجة، أو كحلول في المهبل، لغرض التسبب بالمخاض في الحالات التي لا تتطور فيها الولادة بصورة طبيعية.

اسم المُنجبة/ שם היולדת: _____
اسم العائلة/ שם משפחה _____
الاسم الشخصي/ שם פרטי _____
اسم الأب/ שם האב _____
رقم الهوية/ ת.ז. _____
אשרח ואפר זהה באנני תלפית שרחה شفویاً מفضلًا מן הדקטור
اسم العائلة/ שם משפחה _____
الاسم الشخصي/ שם פרטי _____

ען החת על היןجاب بواسطة البروستغلندين E2 (في ما يلي: "العلاج الأساسي").
أصرح وأقر بهذا بأنني تلتفت شرحة عن طرائق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، عن عوارضها الجانبية، وعن احتمالات كل طريقة منها ومخاطرها.
شرح لي أن الهدف من العلاج الأساسي هو تليين عنق الرحم والتسبب بالمخاض، إلا أن الفشل في إحداث الإنجاب احتمال وارد.
أصرح وأقر بهذا بأنه شرحت لي العوارض الجانبية المحتملة من العلاج الأساسي، بما في ذلك: الغثيان، التقيؤ، الإسهال، آلام الرأس، هبوط في ضغط الدم، وتشوه الشعبتين الرئويتين (النزلة الصدرية).

كما شرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما فيها: ظهور تشنجات رجيمية متواترة شديدة، تستدعي علاجاً دوائياً، اختلاف في نبض الجنين، ردة فعل تحسسية زائدة للبروستغلندينا، متمثلة باختلافات في ضغط الدم وبالكبت التنفسي. شرحت لي الاحتمال النادر لتمزق الرحم، ما يستدعي عملية قيصرية لتخليص الجنين وإصلاح التمزق، واستئصال الرحم في حالات نادرة. شرح لي أن تمزق الرحم قد يؤدي إلى الإضرار بالجنين أو إلى وفاته.
أمنح بهذه موافقتي على إجراء العلاج الأساسي.
أنا على علم، كما أنني موافقة/ موافق على أن يُنفذ العلاج الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيقلي عليه/ ها القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنني لم أتلق ضماناً أنه سيجري كلها أو سيجري قسم منها بيد إنسان معين، شريطة أن تُجرى بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة بما يقضيه للقانون.

التاريخ/ תאריך _____
الساعة/ שעה _____
توقيع المُنجبة/ חתימת היולדת _____
اسم الوصي (القربة)/ שם האפטרופוס (קירבה) _____
توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريضة، نفسانياً)/ חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטינה, או חולת נפש).

أقر بهذا بأنني وضحت شفهيًا للمُنجبة/ للوصي على المُنجبة * الوارد أعلاه كله بالتفصيل المطلوب، وبأنها/ ه وقّعت/ وقّع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّها/ ه فهمت/ فهم توضيحاتي كاملةً.

اسم الطبيب/ שם הרופא/ה _____
توقيع الطبيب/ ש/ חתימת הרופא/ה _____
رقم الرخصة/ מס/ רישון _____
* يُرجى شطب الزائد/ מחק/ את המיותר

