

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין E2 INDUCTION OF LABOR BY PGE2

פרוסטגלנדין E2 הינו תכשיר הניתן באמצעות כדורים, גיל נרתיקי או תמיסה לצורך גרימת צירי לידה במקרים בהם לא מתפתחת לידה באופן טבעי.

שם היולדת: _____

ת.ד.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר בעל פה מד"ר

שם פרטי

שם משפחה

על השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין E2 (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנושיות המקרה, תופעות הלוואי שלהן והסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

הוסבר לי שמטרת הטיפול העיקרי הוא ריכוך צוואר הרחם ויצירת צירים אך קיימת גם אפשרות של כשלון בהשראת הלידה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות של הטיפול העיקרי לרבות: בחילות, הקאות, שלשול, כאבי ראש, ירידת לחץ דם ועית סימפונות (ברונכוספאזם).

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים לרבות: הופעת התכווצויות תכופות וחזקות של הרחם שיצריכו טיפול תרופתי; שינויים בדופק העובר; תגובה של רגישות יתר לפרוסטגלנדינים המתבטאת בשינויים בלחץ דם ודיכוי נשימתי. הוסברה לי האפשרות הנדירה לקרע של הרחם שיצריך ניתוח קיסרי לחילוץ העובר ותיקון הקרע ובמקרים נדירים אף כריתת רחם. הוסבר לי שקרע של הרחם עלול לגרום ללידת עובר פגוע או למות העובר.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודעת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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.

חתימת היולדת

שעה

תאריך

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה ליולדת / לאפוסטרופוס של היולדת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

*מחקי את המיותר