

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

OBGYN/OOBP/0734/0073

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

Введение в роды с помощью простагландина E2

Простагландин E2 – это препарат, который применяется в виде таблеток, вагинального геля или раствора с целью вызывания (индукции) родовых схваток в случаях, когда не происходит естественного продвижения родового процесса.

Данные роженицы:

фамилия	имя	имя отца	паспорт
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	י.ת.
_____	_____	_____	_____

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

Фамилия	имя
שם משפחה	שם פרטי
_____	_____

רופא/ה: _____

о введении в роды с помощью простагландина E2 (далее:"основное лечение").

Настоящим я заявляю и подтверждаю получение информации в отношении других возможных для меня методов лечения, о сопутствующих им явлениях, о шансах на успех и об опасностях, присущих каждому из этих методов.

Мне объяснено, что целью основного лечения является расслабление шейки матки и вызывание родовых схваток; мне известно также, что подобное введение в роды может оказаться неэффективным.

Настоящим я заявляю и подтверждаю получение информации о возможных побочных явлениях основного лечения, включая тошноту, рвоту, понос, головную боль, снижение артериального давления и бронхоспазм.

Кроме того, я поставлена в известность о возможных опасностях и осложнениях, включая: появление частых и сильных сокращений матки, что потребует медикаментозного лечения; изменение пульса плода; реакция повышенной чувствительности на простагландин, выражающаяся в изменениях кровяного давления и угнетения дыхания.

Мне объяснено, что в редких случаях возможен разрыв матки, который потребует кесарева сечения для спасения плода и лечения разрыва матки; в крайне редких случаях требуется удаление матки.

Я осведомлена также о том, что разрыв матки может привести к повреждениям и гибели новорожденного.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного лечения.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

подпись роженицы	время	дата
חתימת החולה	שעה	תאריך
_____	_____	_____

имя опекуна (родство)

подпись опекуна (в случае недееспособной, малолетней, душевнобольной)

שם האפוטרופוס (קרבה) (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больной*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача
_____	_____	_____

* Лишнее стереть



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

