

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

# טופס הסכמה: דיקור שק השפיר לצורך אבחון גנטי *AMNIOCENTESIS*

דיקור מי שפיר נעשה לצורך איבחון הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה הניתנים לאיבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות. הבדיקה נעשית בדרך כלל בשבוע 16 - 20 להריון. הבדיקה מתבצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן לתוך הרחם, תחת הנחיית אולטרסאונד, ושאיבת כ- 40-30 סמ"ק מי שפיר. לעיתים יש צורך ביותר מדיקור אחד על מנת להפיק מי שפיר במידה המספקת לבדיקתם. בהריון מרובה עוברים יש צורך בדיקור נפרד של כל שק. הבדיקה היא בעלת מהימנות גבוהה לגבי מומים כרומוזומלים שנבדקו, אך בבדיקה המפורשת כתקינה אינה שוללת לחלוטין קיום מומים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם במי שפיר. הבדיקה מבוצעת ללא הרדמה.

### קיימת חשיבות מרובה לדיוח מקיף על מחלות גנטיות במשפחה ועל בדיקות שנעשו לגילוי הפרעות גנטיות.

שם האישה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מרופא/יועץ גנטי*	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי

על דיקור מי שפיר כדי לגלות ליקויים אצל העובר בשל \_\_\_\_\_ (להלן: "הבדיקה") אני מבקשת ומסכימה בזאת לבצע בדיקת מי שפיר לשם בדיקת כרומוזומים של העובר ברחמי וכן כל בדיקה גנטית אחרת של נוזל השפיר שרופאי ימצאו לנכון, על בסיס מידע רפואי, כדי לאבחן הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה ככל שהם ניתנים לאיבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות. הוסבר לי שקיימת אפשרות שהדיקור לא יצליח, או שתרכיב התאים שיתקבלו לא תצמח, או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הבדיקה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי שלאחר ביצוע הבדיקה צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן תחתונה ויתכן כאב קל במקום הדיקור, דימום נרתיקי קל ודליפה קלה של מי שפיר. כמו כן, הוסבר לי שתוצאות תקינות של הבדיקה, אינן מבטיחות כי הילוד יהיה חופשי ממומים גופניים, נפשיים או שכליים לרבות מומים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם בבדיקת מי שפיר. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות הפלה ב- 0.5% מהמקרים; במקרים נדירים פגיעה פיזית בעובר וכן התפתחות זיהום אשר עלולה לחייב כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר לגרום למוות.

דיקור נוסף הנעשה בסמוך לדיקור הראשון מגביר את הסיכון להופעת הסיבוכים המפורטים לעיל.

אני ונתנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה. אם לאור תוצאות הבדיקה יופסק ההריון, אני מסכימה גם לניתוח הנפל. אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה 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 שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימה

תאריך

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאשה את האמור לעיל וכי היא חתמה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת נותן/ת ההסבר

שם נותן/ת ההסבר

\* מחקי את המיותר.