

# המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

1997 מרץ / OBGYN/000/IVF/0007ט

טופס הסכמה: דילול (הפחתה) עוברים

## FETAL REDUCTION

## УМЕНЬШЕНИЕ ЧИСЛА ЭМБРИОНОВ

Прерывание жизни эмбрионов производится посредством ввода иглы сквозь стенку живота или влагалища и впрыскивания соляного раствора в сердце эмбриона. Эмбрион остается в матке и медленно рассасывается. В случаях, когда требуется умерщвление нескольких эмбрионов, каждый раз проводится отдельная процедура, иногда с паузой в несколько дней. Процедура обычно проводится без наркоза.

Имя женщины:

שם האישה שם משפחה שם פרטי שם האב .נ.ז. / פנויה\* ת.ז.

Имя супруга:

שם הבעל שם משפחה שם פרטי שם האב .נ.ז.

Я/мы подтверждаю/ем здесь получение устных разъяснений от  
доктора: \_\_\_\_\_

שם הרופא/ה

о том, что при ультразвуковом обследовании обнаружено \*   
מס' העוברים שנצפו

оболочек содержащих эмбрионов. Принимая во внимание этот факт и риск, связанный с многоплодной беременностью, о котором меня/нас проинформировали, я/мы изъявляю/ем свое желание и согласие на проведение уменьшения числа эмбрионов с \*   
מס' העוברים

на \*   
מס' העוברים שישארו

(далее: "данная процедура").

Я/мы подтверждаю/ем здесь получение разъяснений о процедуре и о возможных побочных явлениях, включая боль и дискомфорт.

Я/мы подтверждаю/ем здесь получение разъяснений об опасностях и осложнениях для остающихся эмбрионов и для женщины, связанных с данной процедурой. Мне/нам объяснили, что риск для остающихся эмбрионов включает, кроме всего прочего, возможность полного выкидыша беременности, возможность оттока вод, гибель эмбриона/ов, ранние роды и рождение недоношенного ребенка, со всеми сопровождающими осложнениями, как например: нарушения моторно-двигательного аппарата, умственные и неврологические нарушения, и длительная госпитализация.

Меня/нас проинформировали о риске для женщины, включая, кроме всего прочего, возможность инфекции, кровотечения и в редких случаях нарушения свертываемости крови, которые могут поставить ее жизнь под угрозу. Мне/нам ясно, что повреждения, которые могут быть нанесены женщине, могут причинить вред и эмбриону/ам.

Я/мы даю/ем здесь свое согласие на проведение данной процедуры.

Также, я подтверждаю здесь, что мне объяснили, и я понимаю, что возможно в течении данной процедуры потребуются прибегнуть к другим или дополнительным процедурам с целью спасения жизни или предотвращения физического ущерба, включая хирургические действия под общим наркозом. Потребность в этих незапланированных процедурах нельзя в точности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Поэтому, я согласна также на расширение, изменение или проведение других или дополнительных процедур, которые будут необходимы по мнению врачей больницы в течении данной процедуры.

Я даю здесь свое согласие также на местную анестезию, будучи осведомлена о риске и осложнениях, включая чувствительность различной степени тяжести к веществам анестезии. Если процедура будет проводиться под общим наркозом, я получу разъяснения от анестезиолога.

Я знаю, и согласна с тем, что процедура, и все дополнительные действия будут исполнены теми, кому будут поручены, согласно правилам и инструкциям больницы и мне не обещано, что они



החברה לניהול סיכון ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

1997 מרץ / OBGYN/000/IVF/0007ט

будут исполнены полностью или частично кем-то именно, при условии, что они будут проведены с принятой в больнице ответственностью и в рамках закона.

подпись женщины חתימת האשה	подпись супруга חתימת הבעל	время שעה	дата תאריך
-------------------------------	-------------------------------	--------------	---------------

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לאשה ולבעלה\*\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הם חתמה/ו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.

מס' רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
------------	---------------	------------

\* ציין/י מספר עוברים בכתב ברור וקריא.  
\*\* מחקי/י את המיותר.

## טופס הסכמה: סירוב לדילול (הפחתה) עוברים REFUSAL OF FETAL REDUCTION ОТКАЗ ОТ УМЕНЬШЕНИЯ ЧИСЛА ЭМБРИОНОВ

Я/мы подтверждаю/ем здесь получение подробных устных объяснений об уменьшении числа эмбрионов, и о значении остающихся \* \_\_\_\_\_ эмбрионов, включая риск раннего или  
מס' העוברים הנשארים

позднего выкидыша, раннего оттока вод требующего прерывания беременности и рождения недоношенных. Мне/нам объяснили и я/мы понимаю/ем, что недоношенность, кроме всего прочего, связана с моторно-двигательными, умственными и неврологическими нарушениями, и с длительной госпитализацией, а также то, что при многоплодной беременности часто требуется кесарево сечение.

Я/мы подтверждаю/ем здесь свой отказ от уменьшения числа эмбрионов.

дата תאריך	время שעה	подпись женщины חתימת האשה	подпись супруга (в случае замужней) חתימת הבעל (במקרה של אשה נשואה)
---------------	--------------	-------------------------------	--

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לאשה ולבעלה\*\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הם חתמה/ו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.

מס' רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
------------	---------------	------------

\* ציין/י מספר עוברים בכתב ברור וקריא.  
\*\* מחקי/י את המיותר.



החברה לניהול סיכון ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה