

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0149/0628/0000/OBGYN/מאי 2007

טופס הסכמה: טיפול הורמונלי בבעיות פרייה

HORMONAL TREATMENT DUE TO INFERTILITY

Гормональное лечение бесплодия

Целью гормонального лечения, назначаемого женщине, является индуцирование овуляции в случаях отсутствия у женщины овуляции или мобилизация большего числа яйцеклеток для увеличения вероятности наступления беременности.

Возможные варианты лечения:

1. Кломифен: лечение путем приема таблеток с целью вызвать овуляцию.
2. Гонадотропные препараты: лечение с помощью внутримышечных или подкожных инъекций, оказывающее прямое влияние на развитие фолликулов и образование яйцеклеток в яичниках.

Процесс лечения требует наблюдения путем проведения анализов крови и/или ультразвукового исследования.

В некоторых случаях до начала лечения, имеющего целью стимуляцию овуляции, или в процессе этого лечения женщине назначается дополнительное гормональное лечение для подавления функции яичников и предупреждения ранней овуляции. Это лечение может вызвать побочные явления, подобные тем, которые характерны для периода менопаузы.

Данные женщины _____
שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.
фамилия имя отчество номер удостоверения личности

Настоящим заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от доктора -

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

о видах гормонального лечения (в дальнейшем: «основное лечение»).

Кроме того, я осведомлена о вероятности успешного исхода гормонального лечения, которая меняется в зависимости от возраста супругов, состояния яичников, маточных труб, сопутствующей патологии матки и/или таза, качества спермы и других дополнительных факторов.

Шансы на успех беременности при проведении одного курса гормонального лечения - до 20%.

Шансы на успех при проведении серии из 3-6 курсов – до 50-60%.

Я получила объяснения по поводу побочных эффектов и осложнений основного лечения, включая:

1. **Чувствительность к гормональным препаратам** встречается редко, однако в любом случае при возникновении необычных симптомов необходимо как можно раньше ставить об этом в известность лечащего врача.
2. **Перераздражение яичников** выражается в большинстве случаев во вздутии живота, болях в животе, возникновении кист яичников, увеличении яичников, а также в небольшом скоплении жидкости в животе. В дальнейшем эти явления обычно проходят после отдыха и обильного питья. Частота легкого перераздражения яичников составляет 10-25% на один курс лечения.

Перераздражение яичников средней или тяжелой степени встречаются реже и обычно требуют госпитализации. Перераздражение средней степени выражается дополнительными проявлениями в виде тошноты, поноса и рвоты, его частота составляет 5-15%.

Тяжелое перераздражение включает дополнительно также скопление жидкости в брюшной



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

полости, в полостях плевры и перикарда, что требует иногда повторных пункций брюшной полости с целью дренажа. Выпот жидкости в полости может вызывать также образование эмболов. Помимо указанных возможны такие редкие осложнения как сердечная, почечная недостаточность, и даже смерть. Частота тяжелого перераздражения яичников составляет 0,1 – 5% на один курс лечения.

Тяжелые побочные явления могут потребовать прекращения лечения.

3. Перекрут, разрыв или кровотечение из яичников являются относительно редкими, однако требуют иногда хирургического вмешательства. Изредка встречаются сообщения о возникшей необходимости удаления яичников.

4. Многоплодие – при гормональном лечении многоплодие встречается относительно часто (до 30% в зависимости от вида лечения). В случае многоплодия (три и более) может потребоваться «прореживание эмбрионов» вследствие повышенного риска многоплодной беременности. В случае возникновения необходимости в «прореживании эмбрионов» будут даны отдельные объяснения о процедуре, ее риске и опасностях.

5. Выкидыши и внематочные беременности. При беременностях, наступивших после индуцирования овуляции, наблюдается некоторое повышение частоты выкидышей и внематочных беременностей.

До настоящего времени не существует доказательств причинной связи между индуцированием овуляции и раком яичников. Известно, что именно беременность является хорошей защитой от развития злокачественных опухолей яичников.

Мне объяснено, что при гормональном лечении, получаемом в связи с проблемами плодovitости, возможно рождение одного или нескольких детей с нарушением физического или психического состояния здоровья, включая пороки развития или другие расстройства, а также с наклонность к наследственным или другим нарушениям. Частота этих осложнений не превышает таковой при естественной беременности.

Настоящим я/мы даю/даем свое/наше согласие на выполнение основного лечения.

Мне/нам известно и я/мы даю/даем свое/наше согласие на то, что основное лечение и все другие процедуры будут произведены персоналом для лечения нарушений плодovitости: врачами, медсестрами, работниками лаборатории и их помощниками и всеми теми, на которых возложена эта обязанность в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения _____, под его ответственность и в соответствии с законом, и

שם המוסד

название лечебного учреждения

при этом мне/нам не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами, и что эти действия будут произведены под ответственность лечебного учреждения и в соответствии с законом, и что ответственным за лечение _____ нарушений _____ плодovitости _____ будет*

שם הרופא

имя и фамилия врача

_____ (далее «женщина») _____ (далее «супруг»)

חתימת האישה

подпись женщины

שם בן זוג

имя и фамилия супруга

ד.ל.נ

номер удостоверения личности

תאריך (дата)



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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

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

*Заполнить в случае лечения частным образом

**Вычеркнуть лишнее



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה