



## טופס הסכמה: ובקשה להתקנת התקן תוך רחמי INSERTION OF IUD

התקן תוך רחמי הוא אביזר המוחדר לרחם לצורך מניעת הריון. מבחינה סטטיסטית, ידוע שההתקן מונע הריון ב- 95% - 98% מן המקרים. לצורך השגת יעילות מירבית, יש להחליף את ההתקן כל 3 - 5 שנים, על פי סוג ההתקן. החדרת ההתקן נעשית ללא הרדמה וכרוכה באי נוחות. לפני החדרת ההתקן עליך למסור לרופא פרטים הקשורים בבריאותך, ובעיקר אם סבלת או הנך סובלת ממחלות שעלולות להוות הוריות נגד לשימוש בהתקן כמו: דימום נרתיקי לא סדיר, דימום רב בעת הוסת, דלקת באגן, הריון חוץ רחמי בעבר או מום רחמי. כמו כן יש לדווח לרופא על תאריך הוסת האחרון.

### בצד יעילותו של ההתקן מוכרים גם תופעות הלוואי והסיבוכים הבאים:

- דימום מוגבר וכאבים בזמן הוסת או דימום מופחת בדרגות שונות עד להפסקה מוחלטת של דימום בעת המחזור, בהתאם לסוג ההתקן.
- שכוחות יתר של זיהומים באברי המין שעלולים לגרום לבעיות פוריות בעתיד.
- פליטת ההתקן מבלי לחוש/לדעת שההתקן נפלט.
- כניסה להריון בנוכחות ההתקן, שיכול להסתיים בהפלה על רקע זיהום.
- חוסר אפשרות לשלוף את ההתקן באמצעות החוט המשתלשל ממנו, המחייב שימוש באמצעים נוספים עד כדי צורך בשליפתו בהרדמה.
- חדירת ההתקן לדופן הרחם או לחלל הבטן. במקרים אלה עלול להיווצר צורך בהתערבות כירורגית. סיבוך זה הוא נדיר.
- הריון חוץ רחמי.

### במידה ומופיע אחד מהסימנים הבאים עליך לפנות לרופא:

- דימום חריג בעוצמתו או בעיתו.
- כאבי בטן תחתונה.
- הפרשה לדנית חריגה.
- איחור של הוסת.

אני מצהיר/ה בזאת שלמיטב ידיעתי איני/האישה אינה בהריון.

עליך להקפיד על ביקורת תקופתית בהתאם להמלצת הרופא.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ על ההתקן התוך רחמי, יעילותו, ההתנהגות המצופה ממני והסיבוכים האפשריים של החדרתו ושל הימצאותו ברחם. כמו כן, קיבלתי הסבר על אמצעי מניעה חלופיים, יתרונותיהם וחסרונותיהם, תופעות הלוואי שלהם והסיבוכים האפשריים.



קראתי את דברי ההסבר האמורים לעיל ואני מבקש/ת ומסכים/ה להתקנת התקן תוך רחמי.

סוכם שההתקן שיוחדר הוא מסוג \_\_\_\_\_

שם האישה: \_\_\_\_\_

שם משפחה+פרטי      ת.ז.      תאריך ושעה      חתימה

שם האפוטרופוס (קירבה לאישה)      חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה / לאפוטרופוס של האישה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)      חתימת הרופא/ה      תאריך ושעה