

טופס הסכמה: לבדיקת שקיפות עורפית

- בדיקת שקיפות עורפית (Nuchal translucency) הינה בדיקת אולטרסאונד המבוצעת באישה הרה לצורך הערכת הסיכון של העובר לתסמונת דאון (Down Syndrome) ולליקויים נוספים.
- על פי הנחיות משרד הבריאות שקיפות עורפית הינה בדיקת הסיכון המומלצת לאיתור תסמונת דאון בהריונות יחיד ובהריונות מרובי עוברים.
- הבדיקה מבוצעת בין השבועות 11 ל- 13+6 (תואם גודל עובר של 45-84 מ"מ), בגישה בטנית או בגישה לדנית (נרתיקית), בהתאם להחלטת הרופא המבצע.
- בבדיקה נמדד עובי הנוזל התת עורי בעורף העובר.
- שילוב בין ממצאי הבדיקה וסיכון הרקע הנגזר מגיל האם, מאפשר הערכת הסיכון הסטטיסטי לתסמונת דאון.
- הבדיקה הינה בדיקת סקר בלבד, ואינה יכולה לשלול תסמונת דאון או הפרעות כרומוזומליות אחרות באופן מוחלט.
- בהריון עם עובר יחיד, מומלץ לבצע בדיקת סקר לסמנים ביוכימיים נוספים בדם האם, ולשלבה עם תוצאת השקיפות העורפית.
- ניתן להגיע לאבחנה סופית של תסמונת דאון או הפרעות כרומוזומליות נוספות, רק באמצעות בדיקות פולשניות (דיקור מי שפיר או סיסי שליה).

הצהרת הנבדקת:

- הובהר לי שימצא אצלי סיכון מוגבר לתסמונת דאון, אופנה ליעוץ גנטי לקביעת המלצות להמשך בירור.
- הובהר לי כי במקרה של שקיפות עורפית מעל 3 מ"מ, קיים סיכון מוגבר למומים נוספים ולפיכך ממצא זה מחייב הפנייה ליעוץ גנטי, בדיקה אבחנתית פולשנית (סיסי שליה או דיקור מי שפיר), ולאקו לב עובר וזאת באמצעות רופא הנשים המטפל.
- הובהר לי שתוצאה המצביעה על רמת סיכון נמוכה אינה מבטלת המלצה לבדיקה פולשנית מסיבות אחרות. בכל מקרה יועץ גנטי הינו הגורם המוסמך ליעוץ, המלצה ולקביעת זכאות האישה לבדיקה אבחנתית פולשנית.
- הובהר לי כי הבדיקה אינה מחליפה בדיקות סקר גנטיות אחרות, כגון בדיקות סקר למחלות גנטיות או תבחין משולש (חלבון עוברי) כבדיקת סקר לתסמונת דאון ולמומים פתוחים במערכת העצבים.
- הובהר לי כי בדיקת שקיפות עורפית אינה סקירת מערכות.
- הובהר לי כי בכל מקרה עלי לפנות עם תוצאת הבדיקה לרופא הנשים המטפל.

המטופלת:

פרטי

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה, על הצורך בביצוע בדיקת שקיפות עורפית מד"ר/פרופ' פרטי הרופא:

שם משפחה שם פרטי

- ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.
- אני יודעת ומסכימה לכך שבדיקת שקיפות עורפית תעשה על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.
- אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע בדיקת שקיפות עורפית.

תאריך שעה חתימת המטופלת

שם האפוסטרופוס (קירבה למטופלת) חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשרת כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפוסטרופוס / למתרגם של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסבריי במלואם.

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