

טופס הסכמה: הפסקת הריון בשליש הראשון של ההריון VACUUM / CURETTAGE OF UTERUS FOR TERMINATION OF PREGNANCY (D&C)

הפסקת הריון מתבצעת על ידי הרחבת צוואר הרחם וניתוק העובר והשיליה מקיר הרחם באמצעות שאיבה וגרידה. הפעולה מתבצעת ברוב המקרים בהרדמה כללית.

שם האישה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי שם משפחה

על הפסקת הריון (להלן: "הפעולה העיקרית").

אני מצהירה/ומאשרת/בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית לרבות כאב בטן, אי נוחות ודימום קל שיחלפו מעצמם תוך מספר ימים.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות האפשרות של ניקוב הרחם וצורך בנייתו מחדש, וכן האפשרות לזיהום מידי או מאוחר.

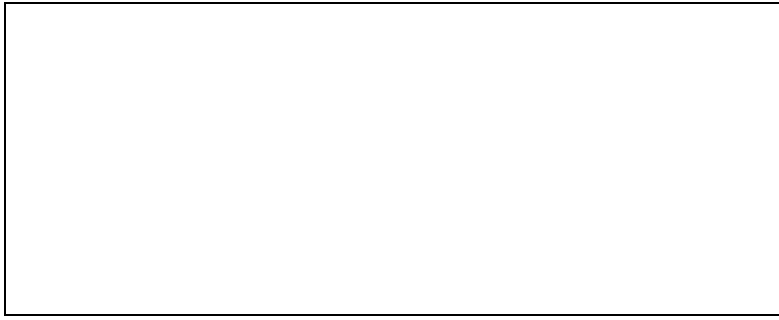
הוסבר לי הסיבוכים המאוחרים האפשריים לרבות הפרעות בוסת, הריון חוץ רחמי, אי ספיקת צוואר הרחם וכתוצאה מכך הפלות חוזרות ו/או לידות מוקדמות, שיתכן שיצרכו תפירת צוואר הרחם בעת הריון בעתיד. כמו כן, קיימת אפשרות של הפרעות בהשרשות השליה ו/או דלקות שעלולות לגרום לפגיעה ביכולת להרות בעתיד. הוסברה לי החשיבות של בדיקת ביקורת שבועיים לאחר הפעולה העיקרית על מנת לוודא שההריון הופסק כמקווה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהירה/ומאשרת/בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הפעולה העיקרית.

הובהר לי שהפעולה העיקרית מתבצעת בהרדמה כללית, והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

קיימת גם אפשרות לביצוע הפעולה בהרדמה מקומית לאחר שהוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות הפרעות בקצב הלב, ירידת לחץ דם ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בהתאם לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
<hr/>		
שם האפטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

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

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