

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 69/0069/UTRS/OBGYN/ספטמבר 2004

טופס הסכמה: הפסקת הריון בשליש הראשון של ההריון

VACUUM/CURETTAGE OF UTERUS FOR TERMINATION OF PREGNANCY (D&C)

Прерывание беременности на первом триместре

При прерывании беременности производится расширение шейки матки и отделение эмбриона и плаценты от матки с помощью вакуума и/или кюретты.

Процедура проводится под местным или общим наркозом.

имя пациентки: _____

фамилия	имя	имя отца	паспорт
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.i.n

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

Фамилия	имя	רופא/ה:
שם משפחה	שם פרטי	

о прерывании беременности. (далее: «данная процедура»)

Я подтверждаю этим получение информации по поводу побочных эффектов связанных с данной процедурой, включая боли живота, легкие дискомфорт и кровотечение, которые прекратятся через несколько дней. Также, я осведомлена о возможных риске и осложнениях, включая возможность перфорации матки и необходимость в срочной операции, а также возможность инфекции сразу после процедуры или в дальнейшем. Я осведомлена о возможных поздних осложнениях, включая нарушения менструального цикла, внематочную беременность, недостаточность шейки матки, и вследствие того повторные выкидыши и/или преждевременные роды, что может потребовать зашива шейки матки для сохранения беременности в будущем. Также, возможны абнормальная имплантация плаценты и/или воспалительные процессы, и вследствие того трудности при попытках забеременеть в будущем. Я знаю о необходимости наблюдения через 2 недели после процедуры, чтобы удостовериться в полном прекращении беременности.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной процедуры.

Я подтверждаю, что знаю и понимаю, что в течении данной процедуры может возникнуть необходимость расширить ее, изменить ее или прибегнуть к другим/дополнительным действиям, которые нельзя в точности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Таким образом я согласна на расширение процедуры, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течении данной процедуры.

Я даю здесь свое согласие также на местную анестезию будучи осведомлена о возможных осложнениях, включая нарушения сердечного ритма, падение давления и различной степени аллергическую реакцию на вещества анестезии.

В случае использования общего наркоза, я получаю разъяснения от анестезиолога.

Я знаю и согласна с тем что данная процедура и все дополнительные действия будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что они будут исполнены, полностью или частично, кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону.

подпись пациентки	время	дата
חתימת החולה	שעה	תאריך

имя опекуна (родство)

подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)

שם האפוטרופוס (קירבה)

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ה לאפוטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

*מחקר/ את המייתר



התברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה