

טופס הסכמה: ניתוח קיסרי ללא הוריה רפואית עפ"י בקשת היולדת

ELECTIVE CESAREAN SECTION UPON PATIENT'S REQUEST

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי אני מבקשת לסיים את הריוני ולבצע בי ניתוח קיסרי למרות שאין לכך סיבה או הצדקה רפואית. אני מאשרת שבחרתי בדרך זו (ניתוח קיסרי) למרות שהיא כרוכה בסיכונים וסיבוכים רפואיים בשיעור גבוה יותר מאשר לידה נרתיקית.

אני מאשרת שהרופאים המטפלים בי המליצו בפני על המתנה ללידה עצמונית ו/או מתן ניסיון ללידה נרתיקית ומרצוני ומסיבותי האישיות בחרתי לפעול שלא בהתאם להמלצה זו.

אני מצהירה שבקשתי לבצע בי ניתוח קיסרי נעשתה לאחר שיקול דעת ובחינה של היתרונות והחסרונות בניתוח קיסרי לעומת לידה נרתיקית. אני מודעת לכך שחתימתי על טופס זה אינה מהווה "הסכמה" לטיפול מוצע/ מומלץ, אלא מאשרת שבחרתי בניתוח קיסרי.

שם היולדת: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

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

שם משפחה	שם פרטי
_____	_____

על הסיכונים, הסיבוכים האפשריים ותופעות הלוואי שבביצוע ניתוח קיסרי (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על המהלך החזוי, התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הוסבר לי כי שיעורי התמותה והתחלואה האמהית בניתוח קיסרי עולים על אלה שבלידה נרתיקית ומוגברים ככל שגדל מספר הניתוחים הקיסריים באותה אישה. כמו כן הוסבר לי שתהליך ההחלמה מניתוח קיסרי ארוך יותר בהשוואה להחלמה מלידה נרתיקית וכן שעלולה להיות הפרעה בקשר הראשוני אם - ילוד (Bonding) וקשיים בהנקה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח הקיסרי, כולל:

סיבוכים במהלך הניתוח:

- צורך בביצוע הרדמה כללית על סיבוכיה האפשריים.
- קרע או התפשטות החתך הניתוחי ברחם, אשר עלול לגרום לדימום מכלי דם של הרחם שיצריך מתן מנות דם ובמקרים מסוימים יצריך כריתת רחם.
- נזקים לשלפוחית השתן, לשופכנים או לאברים שכנים (מעיים).

הוסבר לי שקיימת אפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו או לא יתוקנו במהלך הניתוח העיקרי וכי יהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.

סיבוכים לאחר הניתוח:

- חום ו/או זיהום ברחם ובאגן.
- זיהומים בדרכי השתן.
- זיהום בפצע הניתוח.
- הפרעות בפעילות המעיים (אילאוס)
- היווצרות של שטפי דם ברחם ובאגן (המטומות).
- היווצרות של קרישי דם בורידים העמוקים (פקקת) ותסחיפים לריאות (טרומבו-אמבוליוזם).

שם היולדת: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____



הוסבר לי שסיכונים אלה עלולים לגרום לכאב וסבל ואי נוחות חולפים או קבועים ובמקרים נדירים מאוד אף למוות.

סיכונים לילוד:

- חתכים בשגגה מסכין הניתוח.
- שיעור יתר של צורך בטיפול בחמצן או הנשמה של הילוד בניתוחים קיסריים.

השפעות ארוכות טווח ובהריונות הבאים:

- קרע של הרחם במהלך ההריון או הלידה.
- השרשה לא תקינה של השלייה (שלייה חודרת).
- סיכוי מוגבר ללידה חוזרת בניתוח קיסרי (הגבלת האפשרות ללידה נרתיקית בעתיד).
- סיכונים רבים יותר בניתוח קיסרי חוזר.
- הגבלה במספר הלידות העתידיות / הניתוחים הקיסריים.
- קשיים בכניסה נוספת להריון.
- הדבקויות באגן ובאברי הבטן (וכתוצאה כאבי בטן וחסימת מעיים).

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה אפידורלית, ספינלית ו/או כללית המצריכה רמת אלחוש גבוהה יותר ו/או צורך בהנשמה ע"י צינור בקנה הנשימה. הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי רופא מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת היולדת _____

אני מאשרת כי הסברתי בעל פה לילודת / לאפטרופוס של היולדת * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

