

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: הפסקה סלקטיבית של ההריון SELECTIVE TERMINATION OF PREGNANCY

הפסקה סלקטיבית של הריון מבוצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן והזרקת תמיסת מלחים מרוכזת ללב העובר שאובחן פגום, על מנת להמיתו. העובר המומת נשאר בדרך כלל ברחם עד ללידה. הפעולה נעשית בדרך כלל ללא הרדמה.

שם האשה:

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט מד"ר _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____

על כי ב-U.S. מיילדותי/בדיקה אחרת נתגלה _____

מסיבות שהוסברו לי לא ניתן לאמת או לשלול את האבחנה באופן מוחלט. הוסבר לי שלמרות שהמצאים נצפו בוודאות רבה, יש אפשרות של טעות באבחנה בשל מגבלות הבדיקות.

לאור הממצאים הנ"ל הבעתי את רצוני המוחלט לבצע הפסקת הריון של העובר הפגום (להלן: "הפעולה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על מהלך הפעולה העיקרית ועל תופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיכוכים הקשורים בפעולה האמורה לי עצמי/לאשה ולעובר/ים הבריא/ים. הוסבר לי כי הסיכונים לעובר/ים הבריא/ים כוללים, בין היתר, אפשרות ללידה מוקדמת, אפשרות להיווצרות תסחיפים, פגיעה מוחית או פגיעות אחרות מסוג לא צפוי מראש, ועד מוות במקרים נדירים.

הוסבר לי שבמקרים נדירים, כאשר קיים יותר מעובר אחד, ואחד מהם פגום, עלול להיות קושי בזיהוי העובר הפגום. בשל קושי זה תיתכן המתת עובר בריא...

הוסבר לי כי הסיכונים לי עצמי/לאשה כוללים, בין היתר, אפשרות לזיהום, דימום ובמקרים נדירים הפרעות בקרישת דם שעלולות להעמידי בסכנת חיים. הובהר לי כי פגיעות שעלולות להיגרם לי/לאשה עלולות להיות גם בעלות השלכה על העובר/ים הבריא/ים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן 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.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיכוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הפעולה העיקרית בהרדמה כללית או אזורית, ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

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

תאריך	שעה	חתימת האשה
_____	_____	_____

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה/לאפוטרופוס של האשה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

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

* מחקי/את המיותר.