



טופס הסכמה: לבדיקת אולטראסאונד עוברי – הצהרת הנבדקת

1. הובהר לי כי בדיקת האולטראסאונד העוברי הינה (סמן את הבדיקה שתבוצע):
 - **בדיקה בסיסית** בשבוע _____ (ע"פ חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 1995)
 - **בדיקת מורחבת מוקדמת** בשבוע _____
 - **בדיקת מורחבת מאוחרת** בשבוע _____
 - **בדיקה מכוונת** בשבוע _____ למערכת _____
2. הבדיקה נעשית **ביוזמת האישה** / על פי **הפניית רופא***.

הסיבה הרפואית להפנייה _____

בהעדר פרוט הסיבה להפנייה, ההתייחסות בבדיקה הינה להריון בסיכון נמוך.

הנתונים שיבדקו הם אלה שיודגמו ויסומנו בטופס הבדיקה.
3. בדיקה בסיסית היא בדיקה מצומצמת שבה נסקרים נתונים בסיסיים בלבד, בהתחשב בגיל ההריון, וכפי שיופיע בטופס הבדיקה.
4. הובהר לי שבדיקת האולטראסאונד הינה מוגבלת ואינה יכולה או מתיימרת לאתר את כל המומים / הפגמים האפשריים בעובר, בכל מקרה ובכל הריון.
5. הובהר לי שישנם מומים / ליקויים אשר לא ניתנים לאבחון מוחלט בבדיקת אולטראסאונד (כגון: תסמונת דאון, מחלות גנטיות, מחלות זיהומיות ועוד).
6. הובהר לי שמידת הדיוק ויכולת האיתור של מומים או פגמים תלויים באופי הממצא (כגון: פגמים באצבעות), גיל ההריון, מיקום העובר, תנוחתו, תנועותיו ומידת העבירות של גלי הקול.
7. הובהר לי שתוצאות הבדיקה משקפות, במגבלות הקיימות, את המצב בזמן הבדיקה וכי ישנם מומים העלולים להתפתח או להתגלות רק בהמשך ההריון (כגון: סוגי גמדות, מומי לב, מוח ועוד).
8. הובהר לי כי בבדיקה בה נצפה ממצא חריג יהיה צורך, ע"פ החלטת הרופא המטפל, לבצע בדיקות נוספות (כגון: אקו לב – עובר ואחרות).
9. הובהר לי שבדיקה מורחבת מוקדמת המבוצעת בשבועות 14-16, איננה מחליפה בדיקה מורחבת מאוחרת אותה ניתן לבצע בשבועות 19-24.
10. ניתן יהיה לבצע בדיקות נוספות גם בהעדר ממצא, ע"פ רצוני ועל חשבוני.



הובהר לי כי בכל מקרה עליי להציג את תוצאות הבדיקה בפני רופא הנשים המטפל. לאחר שכל האמור לעיל הובן לי, אני מסכימה בזאת לביצוע הבדיקה, במגבלות האמורות לעיל. לתשומת לבך: בדיקות במסגרות ציבוריות מבוצעות בהתאם ל"סל שירותי הבריאות". ניתן לבצע בדיקות נוספות, ממוקדות, במסגרות שונות (פרטיות ואחרות), ע"ח הנבדקת.

שם המטופל:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

תאריך שעה חתימת המטופל

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

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