

**טופס הסכמה: להפסקת הריון בשל הפלה נדחית בשליש ראשון
בפרוטוקול תרופתי-ציטוטק.**

**TERMINATION OF PREGNANCY DUE TO MISSED ABORTION BY
MEDICATION**

טיפול תרופתי באמצעות טבליות ציטוטק (מיזופרוסטול) מיועד להפסקת הריון תוך רחמי שהוגדר כהפלה נדחית שגילו אינו עולה על 11 שבועות ו-6 ימים או הריון שלא התפתח (שק הריון תוך רחמי ללא עובר בתוכו) או השלמת הפלה בלתי שלמה בשליש ראשון. הטיפול התרופתי ניתן במפגש הראשוני במיון ולאחר 48-72 שעות מוזמנת האישה לביקורת במסגרת מרפאה יעודית - "מרפאת ציטוטק" במרפאות חוץ של המרכז הרפואי הלל יפה, בה מתבצעת הערכה חוזרת לקביעת הצלחת הטיפול ע"י רופא. בהתאם לקריטריוני הפרוטוקול במידת הצורך ניתנת מנה שניה של טיפול תרופתי. בהמשך מתבצעת ביקורת נוספת לוודא השלמת תהליך ריקון הרחם לפי שיקול דעת הרופא המטפל. בכל אחד מהמועדים יש צורך במנוחה והשגחה רפואית - בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המטפל. סיכויי ההצלחה של פרוטוקול זה הינו כ- 85%.

שם האישה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

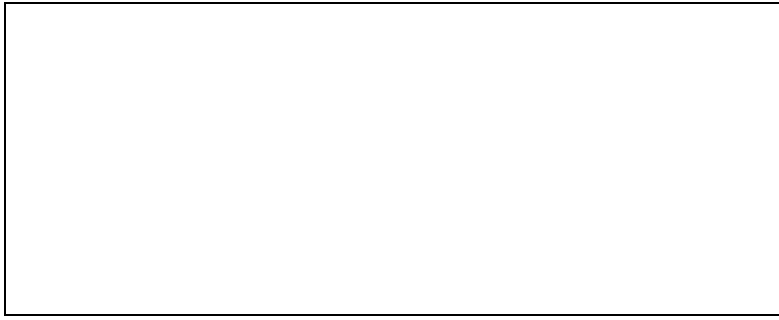
אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

על הפסקת הריון בשל הפלה נדחית בשליש ראשון באמצעות טבליות ציטוטק (מיזופרוסטול) – (להלן "הפעולה העיקרית).

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברה לי גם האפשרות החלופית לבצע את הפסקת ההריון באמצעות גרידה, לרבות היתרונות והחסרונות של גרידה לעומת הפסקת הריון תרופתי. הובהר לי כי במקרה בו הטיפול התרופתי לא יצליח, ב-15% מהמקרים, יהיה צורך בהשלמת ריקון הרחם באמצעות גרידה בהרדמה. עוד הוסבר לי כי במקרים מסויימים ניתן אף להמתין להתפתחות הפלה ספונטנית על יתרונותיה וחסרונותיה, המתרחשת בכ-70% מהמקרים, אך לא ניתן לתארך את זמן תחילתה ומשכה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשרויות של הפעולה העיקרית לרבות: כאבים הדומים לכאבי וסת ואף חזקים יותר המצריכים שימוש במשככי כאבים, דימום נרתיקי ניכר במהלך עד 9 ימים מיום קבלת מנת הציטוטק ודימום קל עד המחזור הבא ואף יותר מכך, חום, חולשה, בחילות ו/או הקאות, שלשול, הרגשת חום או צמרמורת, כאבי ראש, סחרחורות, צרבת ותגובה של רגישות יתר לתרופה המתבטאת בפריחה, שינויים בלחץ דם ודיכוי נשימתי. תופעות לוואי אלו חולפות בדרך כלל מספר ימים לאחר נטילת טבליות הציטוטק. כמו כן הוסבר לי הסיבוך האפשרי של דימום חזק שיצריך גרידה דחופה ולעיתים אף מתן עירוי דם. הובהר לי שקיים איסור על ביצוע פרוטוקול זה במצבי חולי מסויימים, בשילוב עם טיפולים תרופתיים אחרים או בעת צורך בהערכה גנטית של תוצרי ההריון, ואני מצהירה שמסרתי לרופא המטפל פרטים רפואיים מלאים. הוסבר לי גם כי סביב הפעולה ולפי הצורך יילקחו בדיקות דם לרבות סוג דם ובמקרים של סוג דם RH שלילי אטופל בזריקת אנטי D כמקובל.



הוסבר לי ששיתוף הפעולה מצידי, ומילוי אחר הוראות הטיפול, הינו הכרחי וחיוני להצלחת הטיפול על כל היבטיו. הוסברה לי החשיבות של ביצוע ביקורות לאחר הפעולה העיקרית על מנת לוודא שההריון הנדחה הופסק כמקווה. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפסקת הריון תרופתית. (הפעולה העיקרית). אני יודעת ומסכימה לכך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 האישה
-------	-----	-------------

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

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

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