



## טופס הסכמה: טיפול תרופתי במיפג'ין וציטוטק להפסקת היריון בשליש השני וטיפול בהפלה מאוחרת

### Termination of Pregnancy by Medication

טיפול תרופתי באמצעות טבליות מיפג'ין (מיפפריסטון) וציטוטק (מיזופרוסטול) מיועד להפסקת היריון תוך רחמי וטיפול בהפלה מאוחרת בשליש השני (עד 27+6/7 שבועות הריון).

הטיפול התרופתי ניתן בשני מועדים. במועד הראשון טבליות מיפג'ין ובמועד השני טבליות ציטוטק במרווח זמן של כ- 24 שעות. הטיפול במיפג'ין ניתן במפגש הראשוני במיון/מחלקה ולאחר 24 שעות מוזמנת המטופלת להשלמת הטיפול בציטוטק במסגרת אשפוז במחלקה.

הפסקת ההריון צפויה להתרחש מספר שעות לאחר נטילת התרופה במועד השני. לאחר השלמת התהליך תבוצע הערכת רופא. במידה והשיליה לא נפרדת או בקיומו של דימום חזק, יושלם הטיפול בגרידה לריקון הרחם במסגרת חדר ניתוח בהרדמה כללית.

שם המטופלת: \_\_\_\_\_

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם משפחה שם פרטי על הפסקת הריון בשליש השני וטיפול בהפלת מאוחרת באמצעות טבליות מיפג'ין וציטוטק (להלן: "הפסקת הריון תרופתית בשליש השני וטיפול בהפלה מאוחרת").

הוסברה לי גם האפשרות החלופית לבצע את הפסקת ההריון באמצעות הרחבת הצוואר וריקון חלל הרחם בשאיבה (D&E) לרבות היתרונות והחסרונות של D&E לעומת הפסקת הריון תרופתית. הובהר לי כי לאחר נטילת הטבליות **תהליך אינו הפיך**, ובמקרה בו מדובר בהפסקת היריון התרופתית שלא הצליחה, יש לבצע את הפסקת ההריון בשיטה המקובלת עקב החשש להיווצרות מומים בעובר כתוצאה מהשפעת התרופות הנ"ל. הוסבר לי שלאחר הפסקת הריון תרופתית אבדק ע"י רופא וייתכן שיהיה צורך בהשלמת תהליך ההפלה בשיטה המקובלת של גרידה בהרדמה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבים דומים לכאבי מחזור ואף חזקים יותר, דימום ניכר מהנרתיק: חולשה, בחילות ו/או הקאות, שלשול, היעדר תיאבון, פריחה, הרגשת חום או צמרמורת, כאבי ראש, סחרחורות ולעיתים כאבים בחזה ומצב רוח ירוד. הוסבר לי הסיבוך האפשרי של דימום חזק שיצריך גרידה ולעיתים נדירות מתן עירוי דם.

כמו כן, הוסבר לי סיבוכים אפשריים של גרידה, לרבות: דלקת של רירית הרחם, הידבקויות, פוליפ ברירית הרחם וניקוב הרחם. הובהר לי שקיים איסור על ביצוע הפסקת הריון תרופתית במצב חולי, בשילוב עם טיפולים תרופתיים אחרים ולנשים מעשנות מעל גיל 35, ואני מצהירה שמסרתי לרופא המטפל פרטים רפואיים מלאים.



הוסבר לי ששיתוף הפעולה מצידי, ומילוי אחר הוראות הטיפול, הינו הכרחי וחיוני להצלחת הטיפול על כל היבטיו.  
אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפסקת הריון תרופתית.

---

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

---

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

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

---

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