

מדבקת מטופל

הסכמה לבדיקת שקיפות עורפית - הצהרת הנבדקת NUCHAL TRANSLUCENCY

בדיקת שקיפות עורפית הינה בדיקת אולטרסאונד המבוצעת באשה הרה לצורך הערכת הסיכון לתסמונת דאון (Down Syndrome) ולליקויים נוספים.

על פי הנחיות משרד הבריאות שקיפות עורפית הינה בדיקת הסינון המומלצת לאיתור תסמונת דאון בהריונות מרובי עוברים. ניתן לבצע בדיקה זו, על פי אותם כללים גם בעובר יחיד.

הובהר לי שהבדיקה תעשה לי בשל:

^ הריון מרובה עוברים.

^ הפנייה רפואית - פרוט הסיבה

^ על פי בקשתי וביוזמתי.

הבדיקה מבוצעת בין שבוע 11 ל-14 בגישה בטנית או בגישה לדנית, בהתאם להחלטת הרופא המבצע. בבדיקה נמדד עובי הרקמה התת עורית בעורף העובר. שילוב בין ממצאי הבדיקה וסיכון הרקע הנגזר מגיל האם, מאפשר הערכת סיכון סטטיסטי משוקלל לתסמונת דאון. הבדיקה אינה יכולה לשלול תסמונת דאון או הפרעות כרומוזומליות באופן מוחלט:

בהריון עם עובר יחיד ניתן לשלב את התוצאה עם סמנים נוספים בדם האם על פי המלצת הרופא המטפל / יועץ גנטי.

הובהר לי שבמידה ותמצא רמת סיכון גבוהה לתסמונת דאון, יתכן צורך, על פי המלצת יועץ גנטי לבצע בדיקות פולשניות. בשלב זה של ההריון ניתן להגיע לאבחנה סופית של תסמונת דאון או הפרעות כרומוזומליות נוספות, רק בבדיקות פולשניות (דיקור מי שפיר או סיסי שליה).

כן הובהר לי כי במקרה של שקיפות עורפית מעל 3 מ"מ, קיים סיכון מוגבר למומים נוספים (אחרים). במקרים אלה יתכן צורך, על פי המלצת הרופא המטפל/ היועץ הגנטי לבצע בדיקות נוספות כגון: אקו לב עובר, סקירה מורחבת, או לנקוט באמצעים שונים.

הובהר לי שתוצאה המצביעה על רמת סיכון נמוכה אינה מבטלת המלצה לבדיקה פולשנית מסיבות אחרות כמו: גיל האישה,

מומים בעבר וכדומה, ובכל מקרה יועץ גנטי הינו הגורם המוסמך ליעוץ, המלצה ולקביעת זכאות האישה לבדיקה פולשנית. כן הובהר לי כי הבדיקה אינה מחליפה בדיקות אחרות, כמו חלבון עוברי כבדיקת סקירה למומים פתוחים במערכת העצבים.

הובהר לי כי בדיקת שקיפות עורפית אינה סקירת נצרכות

הובהר לי כי בכל מקרה עלי לפנות עם תוצאות הבדיקה לרופא המטפל

לאחר שכל האמור לעיל הוסבר לי אני מסכימה בזאת לביצוע הבדיקה במגבלות האמורות לעיל לתשומת לבך: בדיקת שקיפות עורפית בהריון מרובה עוברים נכללת בסל שירותי הבריאות. ניתן לבצע את הבדיקה גם בהריון עם עובר יחיד כאשר קיימת התוויה רפואית או ללא התוויה ע"ח האישה.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

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

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל /לאפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

_____ מס' רשיון

_____ שם הרופא וחתימה