

מדבקת מטופל

## טופס הסכמה: הפסקה סלקטיבית של ההריון

### SELECTIVE TERMINATION OF PREGNANCY

הפסקה סלקטיבית של ההריון 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 מצהירה ומאשרת 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 שהממצאים נצפו בוודאות רבה, יש אפשרות של טעות באבחנה בשל מגבלות הבדיקות.  
לאור הממצאים הנ"ל הבעתי את רצוני המוחלט לבצע הפסקת ההריון של העובר הפגום(להלן: "הפעולה העיקרית"). אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על מהלך הפעולה העיקרית ועל תופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים 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 להעמידני בסכנת חיים. הובהר לי כי פגיעות שעלולות להיגרם לי/לאשה עלולות להיות גם בעלות השלכה על העובר/ים הבריא/ים. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.  
אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה 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 בודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה 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 הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הפעולה העיקרית בהרדמה כללית או אזורית, ינתץ לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/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 מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

**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