

טופס הסכמה: דיקור שק השפיר לצורך אבחון גנטי

AMNIOCENTESIS

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ПУНКЦИЯ ОКОЛОПЛОДНОГО МЕШКА ДЛЯ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Исследование околоплодных вод производится путем пункции с целью выявления генетических нарушений, заболеваний или врожденных пороков, которые можно диагностировать до наступления родов в рамках существующих ограничений. Исследование производится обычно на 16-20 неделе беременности.

Исследование проводится путем введения иглы через переднюю брюшную стенку в матку под ультразвуковым контролем, с последующим отсасыванием 30-40 мл околоплодных вод.

Иногда возникает необходимость в проведении более чем одной пункции для получения околоплодных вод в количестве, достаточном для исследования. При многоплодной беременности приходится делать пункции каждого околоплодного мешка в отдельности.

Исследование позволяет с высокой степенью достоверности выявлять известные хромосомные пороки, однако нормальные результаты исследования не позволяют исключить полностью наличие тех наследственных пороков или заболеваний, проверка которых не производилась, или которые невозможно выявить при исследовании околоплодных вод.

Исследование проводится без обезболивания.

Очень важно сообщить врачу все, что Вам известно о наличии в семье генетических заболеваний или об исследованиях, которые проводились для выявления генетических отклонений.

Данные больной _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.ז.ת
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от доктора _____

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о пункции околоплодного мешка с целью выявления патологии плода в связи с _____ (в дальнейшем: «исследование»).

Настоящим я прошу и даю свое согласие на проведение анализа околоплодных вод с целью хромосомного исследования находящегося в моей матке плода, а также выполнение других генетических исследований, которые врач сочтет целесообразными в связи с имеющейся медицинской информацией, с целью диагностики заболеваний или врожденных пороков, поддающихся выявлению с помощью применяемых методик.

Мне известно, что пункция околоплодных вод может оказаться неудачной, или культура полученных при исследовании клеток не будет расти, или полученные результаты исследования не будут иметь однозначного толкования, в связи с чем возникнет необходимость повторной пункции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлена об обычных после исследования ощущениях чувствительности или давления в нижнем отделе живота; возможны также легкая боль в месте укола, небольшое влагалищное кровотечение и незначительное истечение околоплодных вод.

Кроме того, мне объяснено, что нормальные результаты настоящего исследования не гарантируют того, что у новорожденного не будет физических, душевных или умственных пороков, включая наследственные пороки и заболевания, наличие которых не проверялось, а также такие, которые не могут быть выявлены при настоящем исследовании.

Кроме того, я осведомлена о возможных осложнениях, включая выкидыш в 0,5% случаев; в редких случаях возможно физическое повреждение плода и развитие инфекции, в результате 1997 ספטמבר /OBGYN/OGEN/OV28/0060 ט



которой может возникнуть необходимость в удалении матки; в чрезвычайно редких случаях инфекция может привести к летальному исходу.

Дополнительная пункция, которая производится сразу после первой, повышает риск развития вышеуказанных осложнений по сравнению с первой.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение исследования. Если в свете полученных при исследовании результатов, потребует прекращение беременности, я даю согласие также на вскрытие абортированного плода.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

התימת החולה	שעה	תאריך
подпись больной	час	дата

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס רישיון	התימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

* Лишнее стереть