

טופס הסכמה: השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין

INDUCTION OF LABOR BY PGE2

Введение в роды с помощью простагландина E2

Простагландин E2 – это препарат, который применяется в виде таблеток, вагинального геля или раствора с целью вызывания (индукции) родовых схваток в случаях, когда не происходит естественного продвижения родового процесса.

Данные роженицы:

_____	_____	_____	_____
פאמיליא	ימא	ימא אטא	פאספּוּרְט
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.י.ל

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

_____	_____
פאמיליא	ימא
שם משפחה	שם פרטי

о введении в роды с помощью простагландина E2 (далее:"основное лечение").

Настоящим я заявляю и подтверждаю получение информации в отношении других возможных для меня методов лечения, о сопутствующих им явлениях, о шансах на успех и об опасностях, присущих каждому из этих методов.

Мне объяснено, что целью основного лечения является расслабление шейки матки и вызывание родовых схваток; мне известно также, что подобное введение в роды может оказаться неэффективным.

Настоящим я заявляю и подтверждаю получение информации о возможных побочных явлениях основного лечения, включая тошноту, рвоту, понос, головную боль, снижение артериального давления и бронхоспазм.

Кроме того, я поставлена в известность о возможных опасностях и осложнениях, включая: появление частых и сильных сокращений матки, что потребует медикаментозного лечения; изменение пульса плода; реакция повышенной чувствительности на простагландин, выражающаяся в изменениях кровяного давления и угнетения дыхания.

Мне объяснено, что в редких случаях возможен разрыв матки, который потребует кесарева сечения для спасения плода и лечения разрыва матки; в крайне редких случаях требуется удаление матки.

Я осведомлена также о том, что разрыв матки может привести к повреждениям и гибели новорожденного.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного лечения.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция 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.

חתימת הרופאה

שעה

תאריך

ימא אפיקאן (רודסטו)

חתימת אפיקאן (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש),
 (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש),
 חתימת האפוטרופוס (קרבה)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/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

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

נומר ליצנציון

פודפישע ווארע

פאמיליא ווארע

* Лишнее стереть

