

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

טופס הסכמה לדיקור שק השפיר לצורך אבחון גנטי AMNIOCENTESIS

דיקור מי שפיר מבוצע לשם אבחון ליקויים גנטיים, מחלות או מומים מלידה הניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות. הבדיקה נעשית משבוע 16 להיריון.

הבדיקה מתבצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן לתוך הרחם, תחת הנחיית אולטרסאונד, ושיאבת כ- 30 - 50 סמ"ק מי שפיר. לעיתים נלקחת כמות נוספת לצורך בדיקות מיוחדות, וכן לעיתים יש צורך ביותר מדיקור אחד על מנת להפיק מי שפיר במידה המספקת לבדיקתם. בהיריון מרובה עוברים יש צורך בדגימת מי שפיר מכל שק (למעט במקרים מיוחדים כגון תאומים זהים בהם ניתן לדקר שק אחד בלבד, או כשמעוניינים לבדוק עובר אחד).

הבדיקה בעלת מהימנות גבוהה לגבי ליקויים כרומוזומליים מיקרוסקופיים ותת מיקרוסקופיים שנבדקו, אך בבדיקה המפורשת כתקינה אינה שוללת לחלוטין קיום מומים גופניים, נפשיים או שכליים או מחלות גנטיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם בבדיקת מי שפיר.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **ללא הרדמה** (במקרים מיוחדים ולשיקול המבצע ניתן לבצע אלחוש מקומי).

קיימת חשיבות מרובה לדיווח מקיף על מחלות במשפחה ועל בדיקות שנעשו לגילוי הפרעות גנטיות בכלל המשפחה ולבני הזוג לרבות בדיקות גנטיות ובדיקות סקר באופן כללי ובמהלך הריון זה בפרט.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה, כולל מידע לגבי בדיקת צ'יפ גנטי, בדיקת אקסום ובדיקת ריצוף גנומי ושמירת מי שפיר.

נסב את תשומת ליבך כי ככל שתבקשי לבצע בדיקת אקסום / גנום בשלב מאוחר יותר להריון, הנך מחויבת לעבור ייעוץ גנטי מתאים בנוסף להסבר מהרופא המדקר, דפי הסבר מפורטים מצורפים לעיוניך.

שם המטופלת:

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע דיקור מי שפיר כדי לגלות ליקויים אצל העובר בשל: _____ (להלן: "הבדיקה העיקרית"),

מד"ר / פרופ' / יועץ גנטי* (מחק את המיותר):

שם משפחה _____ שם פרטי _____

תאריך

שעה

חתימת המטופלת

אני מבקשת ומסכימה בזאת לבצע בדיקת מי שפיר לשם בדיקת כרומוזומים של העובר ברחמי וכן כל בדיקה גנטית אחרת של נוזל מי השפיר שרופאי ימצאו לנכון, על בסיס מידע רפואי, כדי לאבחן הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה ככל שהם ניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי מסרתי את כל המידע הידוע לי אודות מצבים רפואיים חריגים אצלי ובמשפחה. הוסבר לי שקיימת אפשרות שהדיקור לא יצליח, או שלא ניתן יהיה להשלים את הבירור הגנטי מהדגימה שתילקח, או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הבדיקה.

הוסבר לי שלאחר ביצוע הבדיקה צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן תחתונה ויתכן כאב קל במקום הדיקור, דימום נרתיקי קל ודליפה קלה של מי שפיר.

הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות הפלה / לידה מוקדמת (כתלות בגיל ההיריון) ב- 1:400 - 1:1000 מהמקרים. במקרים נדירים ביותר עלול להתפתח סיבוכ כגון זיהום תוך רחמי אשר עלול לחייב כריתת רחם ואף לגרום למוות.

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

דיקור נוסף הנעשה בסמוך לדיקור הראשון (כגון בהיריון מרובה עוברים) מגביר את הסיכון להופעת הסיבוכים המפורטים לעיל.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לצפות סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה תיעשה על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שתיעשה בידי אדם מסוים ובלבד שתיעשה באחריות המקובלת ובכפוף לחוק. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה העיקרית.

חתימת המטופלת

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קרבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפוסטרופוס של המטופלת / למתרגם של המטופלת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי המטופלת / האפוסטרופוס חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא/ה (חותמת)

הצהרת המתרגם/ת: אני מצהיר/ה כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא/ה לשפתו/ה של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל/ת לרופא/ה.

תאריך ושעה

חתימת המתרגם/ת

קשריו למטופל/ת

שם המתרגם/ת

*מחקר/י את המיותר