



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה  
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	כתובת:
טלפון:	מדבקת פרטי מטופל

## טופס הסכמה: דיקור השורר (חבל הטבור) cordocentesis

דיקור חבל הטבור נעשה לצורך איבחון גנטי מהיר, ישירות מהעובר, ולשם קבלת מידע על מצבים פתולוגיים של העובר. בדיקה זו מומלצת כאשר יש חשיבות לאבחנה מהירה או כאשר אין דרך אחרת לקבלת מידע על מצבו של העובר. הדיקור מתבצע על ידי החדרת מחט לתוך הרחם אל מקום תיבור חבל הטבור לשליה ותחת הנחיית אולטרסאונד. בהריון מרובה עוברים יש צורך בדיקור נפרד של כל שורר. הדיקור מתבצע בהרדמה מקומית.

### קיימת חשיבות מרובה לדיווח מקיף על מחלות גנטיות במשפחה ועל בדיקות שנעשו לגילוי הפרעות גנטיות.

שם האשה: \_\_\_\_\_

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

על הצורך בדיקור השורר לשם איבחון עוברי עקב \_\_\_\_\_ (להלן: "הבדיקה"). הוסברו לי החלופות האבחנתיות, יתרונן וחסרונן ותופעות הלוואי שלהן. הוסבר לי שיש אפשרות שהדיקור ייכשל מבחינה טכנית או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הדיקור. הוסבר לי שתוצאות תקינות של הבדיקה, אינן מבטיחות כי הילוד יהיה חופשי ממומים גופניים, נפשיים או שכליים לרבות מומים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם בדיקור השורר. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי שלאחר ביצוע הדיקור צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן תחתונה ויתכן כאב קל במקום הדיקור, דליפה קלה של מי שפיר ודימום נרתיקי קל. כמו כן, הובהרו לי הסיכוכים האפשריים לרבות: מצוקת עובר שתצריך ניתוח קיסרי במקרה של עובר בר קיימא, ודימום מחבל הטבור שעלול לגרום למותו של העובר ב- 1% - 2% מהמקרים. סיבוך כזה קשור גם במצבו של העובר לפני הבדיקה. במקרים נדירים עלול להיגרם זיהום תוך רחמי, אשר עלול לחייב כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר לגרום למוות. דיקור נוסף הנעשה בסמוך לדיקור הראשון מגביר את הסיכון להופעת הסיכוכים המפורטים לעיל. אני נותנת בזאת את הסכמתי לבצוע הבדיקה, ואם לאור תוצאות הבדיקה יופסק ההריון, אני מסכימה גם לניתוח הנפל. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	חתימת האשה
_____	_____

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאשה את האמור לעיל וכי היא תתמה על ההסכמה בפני לאחד ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
_____	_____	_____

