



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: דילול (הפחתה) עוברים *FETAL REDUCTION*

הפסקת הריון של עוברים מבוצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן או דופן הנרתיק והזרקת תמיסת מלח ללב העובר על מנת להפסיק את פעולתו. העובר נשאר ברחם ולמעשה נספג עד להתמוססותו. במקרה של דילול של מספר עוברים חוזרים על הפעולה בכל עובר בנפרד, לעתים בהפרש של מספר ימים. הפעולה נעשית על פי רוב ללא הרדמה.

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם הבעל:			
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

אני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ על כי באולטראסאונד נצפו \* שקי הריון עם עוברים. לאור הממצאים הנ"ל ולאור הסיכון של הריון רב עוברים כפי שהוסבר לי/נו, הבעתי/נו את רצוני/נו והסכמתי/נו לבצע דילול עוברים מ- \_\_\_\_\_ \* ל \_\_\_\_\_ \* (להלן: "הטיפול העיקרי").

\* צייני/י במילים ובספרות

הנני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי ניתן לי/נו הסבר על התהליך ועל תופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות. אני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים כי הוסברו לי/נו הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בטיפול העיקרי האמור לעוברים הנותרים ולאשה. בין השאר הוסבר לי/נו כי הסיכונים לעוברים הנותרים כוללים, בין היתר, אפשרות להיווצרות הפלה של ההריון כולו, אפשרות לירידת מים, מוות של העובר או עוברים נוספים, לידה מוקדמת שעלולה להסתיים בלידת פג, עם כל הסיבוכים הכרוכים בכך, כגון ליקויים מוטוריים, שכליים, עצביים ואישפוז ממושך.

הוסבר לי/נו כי הסיכונים לאשה כוללים, בין היתר, אפשרות לזיהום, לדימום, ובמקרים נדירים להפרעות בקרישת דם העלולות להעמידה בסכנת חיים. ברור לי/נו כי פגיעות שעלולות להיגרם לאשה עלולות להיות גם בעלות השלכה על העוברים.

אני/נו נותנת/ים בזאת את הסכמתי/נו לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות רגישות ברמות שונות לחומרי הרדמה. אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית, ניתן לי הסבר על ידי מרדים.

אני/נו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר מוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי/לנו שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת האשה	חתימת הבעל (במקרה של אשה נשואה)
-------	-----	------------	------------------------------------

אני מאשרת/י כי הסברתי בעל פה לאשה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה/סרוב\* בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

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

\* צייני/י מספר העוברים בכתב ברור וקריא  
\*\* מחקי את המיותר

סירוב לדילול עוברים ראה/י בדף הבא

מחלקת נשים ויולדות



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

מס' זהות:

שם משפחה:

שם האב:

כתובת:

טלפון:

שם פרטי:

תאריך לידה:

מדבקת פרטי מטופל

## סירוב לדילול (הפחתה) עוברים

אני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה על דילול עוברים ועל משמעות הותרת \_\_\_\_\_ \* העוברים שברחם לרבות הסיכונים להפלה מוקדמת או מאוחרת, ירידת מים מוקדמת המצריכה הפסקת הריון ולידת פגים. הוסבר לי/נו ואני/נו מבינה/ים כי סיכוני הפגות כוללים בין היתר, פגיעות מוטוריות, פגיעות שכליות ועצביות ואשפוז ממושך וכי בהריון מרובה עוברים גבוה שיעור הלידות בניתוחים קיסריים.

אני/נו מצהירה/ים בזאת על סירוב לדילול עוברים.

תאריך	שעה	חתימת האשה	חתימת הבעל (במקרה של אשה נשואה)
אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה ** את כל האמור לעיל אודות דילול והותרת עוברים בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ו בפני על סירוב לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.			
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון	

\* ציין/י מספר העוברים בכתב ברור וקריא  
\*\* מחק/י אם מיותר

