



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:	<b>מדבקת פרטי מטופל</b>

## בקשה והסכמה להתקנת התקן תוך רחמי INSERTION OF IUD

התקן תוך רחמי הוא אביזר המוחדר לרחם לצורך מניעת הריון. מבחינה סטטיסטית, ידוע שההתקן מונע הריון ב- 95%-98% מן המקרים. לצורך השגת יעילות מירבית, יש להחליף את ההתקן כל 3-5 שנים, על פי סוג ההתקן. החדרת ההתקן נעשית ללא הרדמה וכרוכה באי נוחות. לפני החדרת ההתקן עליך למסור לרופא פרטים הקשורים בבריאותך, ובעיקר אם סבלת או הנך סובלת ממחלות שעלולות להוות הוריות נגד לשימוש בהתקן כמו: דימום נרתיקי לא סדיר, דימום רב בעת הוסת, דלקת באגן, הריון חוץ רחמי בעבר או מום רחמי. כמו כן יש לדווח לרופא על תאריך הוסת האחרון.

**בצד יעילותו של ההתקן מוכרים גם תופעות הלוואי והסיכוכים הבאים:**  
דימום מוגבר וכאבים בזמן הוסת או דימום מופחת בדרגות שונות עד להפסקה מוחלטת של דימום בעת המחזור, בהתאם לסוג ההתקן.

- שכיחות יתר של זיהומים באברי המין שעלולים לגרום לבעיות פוריות בעתיד.
- פליטת ההתקן מבלי לחוש/לדעת שההתקן נפלט.
- כניסה להריון בנוכחות ההתקן, שיכול להסתיים בהפלה על רקע זיהום.
- חוסר אפשרות לשלוף את ההתקן באמצעות החוט המשתלשל ממנו, המחייב שימוש באמצעים נוספים עד כדי צורך בשליפתו בהרדמה.
- חדירת ההתקן לדופן הרחם או לחלל הבטן. במקרים אלה עלול להיווצר צורך בהתערבות כירורגית. סיבוך זה הוא נדיר.
- הריון חוץ רחמי.

**במידה ומופיע אחד מהסימנים הבאים עליך לפנות לרופא:**

- דימום חריג בעוצמתו או בעיתויו.
- כאבי בטן תחתונה.
- הפרשה לדנית חריגה.
- איחור של הוסת.

**אני מצהיר/ה בזאת שלמיטב ידיעתי אני/האשה אינה בהריון. עליך להקפיד על ביקורת תקופתית בהתאם להמלצת הרופא.**

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ על ההתקן התוך רחמי, יעילותו, ההתנהגות המצופה ממני והסיכוכים האפשריים של החדרתו ושל הימצאותו ברחם.

כמו כן, קיבלתי הסבר על אמצעי מניעה חלופיים, יתרונותיהם וחסרונותיהם, תופעות הלוואי שלהם והסיכוכים האפשריים. קראתי את דברי ההסבר האמורים לעיל ואני מבקש/ת ומסכים/ה להתקנת התקן תוך רחמי.

סוכם שההתקן שיוחדר הוא מסוג \_\_\_\_\_

שם האשה: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	חתימה	תאריך
----------	---------	------	-------	-------

שם האפוטרופוס: \_\_\_\_\_

קירבה	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	חתימה	תאריך
-------	----------	---------	------	-------	-------

אני מאשר/ת כי הסברתי לאשה/לאפוטרופוס של האשה\* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

\* מחקי את המיותר

מחלקת נשים ויולדות

הסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

