



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 לבדיקת סיסי שליה/ביופסיה משליה (CVS) CHORIONIC VILLUS BIOPSY / PLACENTAL BIOPSY

בדיקת סיסי שליה או ביופסיה משליה נעשית לצורך אבחון הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה הניתנים לאיבחון במגבלות הקיימות. הבדיקה מתבצעת בדרך כלל בשבוע 10 - 12 להריון. היתרון של הבדיקה הוא ביכולת לאתר בעיות כרומוזומליות או מחלות בשלב מוקדם של ההריון ובמידת הצורך לבצע הפסקת הריון באמצעות גרידה.

את הבדיקה ניתן לבצע בשתי דרכים:

א. החדרת צינורית דקה דרך הנרתיק עד לשליה בהנחיית אולטרסאונד.

ב. דיקור השליה דרך דופן הבטן והרחם.

מיקום השליה הוא שקובע את הדרך בה תבוצע הפעולה. בהריון מרובה עוברים יש צורך בדיקור נפרד של כל שליה.

הבדיקה היא בעלת מהימנות גבוהה לגבי מומים כרומוזומלים שנבדקו, אך בדיקה המפורשת כחקינה אינה שוללת לחלוטין קיום מומים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לברקם בבדיקת השליה.

הבדיקה מבוצעת ללא הרדמה או 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 מרופא/יועץ גנטי* _____

על הצורך בבדיקת סיסי שליה / ביופסיה משליה* כדי לגלות ליקויים אצל העובר בשל _____ (להלן: "הבדיקה").

הוסברו לי החלופות האבחנתיות, יתרונן וחסרונן ותופעות הלוואי שלהן.

אני מבקשת ומסכימה בזאת לבצע את הבדיקה לשם בדיקת כרומוזומים של העובר ברחמי וכן כל בדיקה גנטית אחרת של השליה שרופאי ימצאו לנכון, על בסיס מידע רפואי, כדי לאבחן הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה הניתנים לאיבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות.

הוסבר לי שקיימת אפשרות שהדיקור או החדרת הצינורית לא יצליח, או שתרכיב התאים שיתקבלו לא תצמח, או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הדיקור או על החדרת הצינורית, או לבצע בדיקה של מי שפיר.

כמו כן, 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 לברקם בבדיקת סיסי שליה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי שלאחר הבדיקה צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן תחתונה ויתכן כאב קל במקום הדיקור ודימום נרתיקי קל.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות הפלה ב- 1% מהמקרים, במקרים נדירים פגיעה פיזית בעובר וכן התפתחות זיהום אשר עלול לחייב כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר עלול לגרום למוות.

דיקור נוסף הנעשה בסמוך לדיקור הראשון מגביר את הסיכון מוגבר להופעת הסיכונים המפורטים לעיל.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה, ואם לאור תוצאות הבדיקה יופסק ההריון, אני מסכימה גם לניתוח הנפל.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לתומרי 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 מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

| תאריך | שעה | חתימת האשה |
|-------|-------|------------|
| _____ | _____ | _____ |

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

| שם נותן/ת ההסבר | חתימת נותן/ת ההסבר | מס' רשיון |
|-----------------|--------------------|-----------|
| _____ | _____ | _____ |

* מחקי/ את המיותר

מחלקת נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
איגוד הגנטיקאים הרפואיים בישראל

