



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**

## הסכמה לבדיקת אולטראסאונד עוברי - הצהרת הנבדקת

1. הובהר לי כי בדיקת האולטראסאונד העוברי הינה (סמן את הבדיקה שתבוצע):

- בדיקה בסיסית** בשבוע \_\_\_\_\_ (ע"פ חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 1995)
- בדיקה מורחבת מוקדמת** בשבוע \_\_\_\_\_
- בדיקה מורחבת מאוחרת** בשבוע \_\_\_\_\_
- בדיקה מכוונת** בשבוע \_\_\_\_\_ למערכת \_\_\_\_\_

2. הבדיקה נעשית **ביוזמת האישה / על פי הפניית רופא\***.

הסיבה הרפואית להפנייה \_\_\_\_\_

**בהעדר פרוט הסיבה להפנייה, ההתייחסות בבדיקה הינה להריון בסיכון נמוך.**

הנתונים שיבדקו הם אלה שיודגמו ויסומנו בטופס הבדיקה.

3. בדיקה בסיסית היא בדיקה מצומצמת שבה נסקרים נתונים בסיסיים בלבד, בהתחשב בגיל ההריון, וכפי שיופיע בטופס הבדיקה.
4. הובהר לי שבדיקת האולטראסאונד הינה מוגבלת ואינה יכולה או מתיימרת לאתר את כל המומים / הפגמים האפשריים בעובר, בכל מקרה ובכל הריון.
5. הובהר לי שישנם מומים / ליקויים אשר לא ניתנים לאבחון מוחלט בבדיקת אולטראסאונד (כגון: תסמונת דאון, מחלות גנטיות, מחלות זיהומיות ועוד).
6. הובהר לי שמידת הדיוק ויכולת האיתור של מומים או פגמים תלויים באופי הממצא (כגון: פגמים באצבעות), גיל ההריון, מיקום העובר, תנוחתו, תנועותיו ומידת העבירות של גלי הקול.
7. הובהר לי שתוצאות הבדיקה משקפות, במגבלות הקיימות, את המצב בזמן הבדיקה וכי ישנם מומים העלולים להתפתח או להתגלות רק בהמשך ההריון (כגון: סוגי גמדות, מומי לב, מוח ועוד).
8. הובהר לי כי בבדיקה בה נצפה ממצא חריג יהיה צורך, ע"פ החלטת הרופא המטפל, לבצע בדיקות נוספות (כגון: אקו לב-עובר ואחרות).
9. הובהר לי שבדיקה מורחבת מוקדמת המבוצעת בשבועות 14-16, איננה מחליפה בדיקה מורחבת מאוחרת אותה ניתן לבצע בשבועות 19-24.
10. ניתן יהיה לבצע בדיקות נוספות גם בהעדר ממצא, ע"פ רצוני ועל חשבוני.

**הובהר לי כי בכל מקרה עלי להציג את תוצאות הבדיקה בפני רופא הנשים המטפל.**

**לאחר שכל האמור לעיל הוכן לי, אני מסכימה בזאת לביצוע הבדיקה, במגבלות האמורות לעיל.**

**לתשומת לבך: בדיקות במסגרות ציבוריות מבוצעות בהתאם ל"סל שירותי הבריאות".**

**ניתן לבצע בדיקות נוספות, ממוקדות, במסגרות שונות (פרטיות ואחרות), ע"ח הנבדקת.**

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

נחתם בנוכחות:

שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_

\* מחק את המיותר

מחלקת נשים ויולדות

**הסתדרות הרפואית בישראל**  
החברה הישראלית לאולטראסאונד במיילדות וגינקולוגיה  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

