

מרכז רפואי מעיני הישועה | נשים והריון בסיכון

טופס הסכמה ניסיון לידה לדנית לאחר ניתוח קיסרי TRIAL OF LABOR AFTER C/S (TOLAC)

מדבקה גדולה

בניסיון ללידה לדנית לאחר ניתוח קיסרי בעבר, נלקחות בחשבון עובדות שונות הקשורות ללידות קודמות: ההתוויה לניתוח הקיסרי הקודם, מהלך הניתוח ותקופת משכב הלידה, הזמן שחלף מאז הניתוח הקיסרי, האם היתה לידה לדנית אחרי/לפני הניתוח הקיסרי ועוד.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר:

שם משפחה

שם פרטי

על תהליך לידה לדנית לאחר ניתוח קיסרי והסיכונים הכרוכים בו. (להלן: "ניסיון לידה")
הובהר לי שבמהלך הלידה כולה אהיה מחוברת, ללא הפסקה, למכשיר מוניטור לצורך מעקב אחר דופק לב העובר והצירים וכן יילקחו ממני בדיקות נוספות בהתאם לצורך.
הוסברו לי הסיכונים האפשריים בניסיון לידה לדנית לאחר ניתוח קיסרי, לרבות: פתיחה / קרע של צלקת הניתוח אשר עלולה לגרום לצורך בניתוח קיסרי דחוף. קרע של הצלקת עלול להיות מלווה בדמם חזק שיכול להסתיים בצורך בכריתת הרחם או בסיבוכים אחרים ו/או נוספים לרבות, פגיעה בתפקודי קרישה, צורך בקבלת דם ומוצרי דם ו/או הרחבה של הניתוח בשל מעורבות של איברים סמוכים.
הוסבר לי שקיימת אפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הלידה הלדנית וכי יהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.
כמו כן, הוסבר לי שקרע של הרחם עלול להוביל למצוקה עוברית קשה, שלמרות טיפול, תסב נזק נוירולוגי קשה, ולעיתים בלתי הפיך, לילוד/עובר ועד למות העובר/הילוד תוך כדי הניתוח או לאחריו.
כמו כן הובהר לי, שבמידה והלידה לא תתקדם כצפוי, או שיופיעו סימנים של מצוקה עוברית, יכול צוות חדר הלידה להחליט על הפסקת הניסיון ללידה לדנית ולעבור לניתוח קיסרי.
אני נותנת בזאת את הסכמתי לניסיון לידה לדנית, ולמעבר לניתוח קיסרי במידת הצורך.
הובהר לי שהלידה עצמה תתנהל תוך שימוש באלחוש אפידורלי, אך אם יוחלט לעבור לניתוח קיסרי יתכן ויהיה צורך לבצע הרדמה כללית.
אני יודעת ומסכימה לכך שניסיון הלידה ו/או הניתוח הקיסרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

חתימת היולדת

שם היולדת

שעה

תאריך

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי

שם משפחה

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קרבה)

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה ליוולדת /לאפוסטרופוס של היולדת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין /ה את הסברי במלואם.

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

* מחק/י את המיותר

העתיקים: 1. תיק מטופל 2. מטופל