

טופס הסכמה: דיקור שק השפיר לצורך אבחון גנטי AMNIOCENTESIS

מדבקה

דיקור מי שפיר נעשה לצורך אבחון הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה הניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות. הבדיקה נעשית בדרך כלל בשבוע 16-20 להריון.

על דיקור מי שפיר כדי לגלות ליקויים אצל העובר בשל: _____ (להלן: "הבדיקה").

הבדיקה מתבצעת ע"י החדרת מחט דרך דופן הבטן לתוך הרחם, תחת הנחיית אולטרסאונד, ושאיבת כ-30-40 סמ"ק מי שפיר. לעיתים יש צורך ביותר מדיקור אחד על מנת להפיק מי שפיר במידה המספקת לבדיקתם. בהריון מרובה עוברים יש צורך בדיקור נפרד של כל שק.

הבדיקה היא בעלת מהימנות גבוהה לגבי מומים כרומוזומים שנבדקו, אך בבדיקה המפורשת כתקינה אינה שוללת לחלוטין קיום מומים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם במי שפיר.

הבדיקה מבוצעת ללא הרדמה.

קיימת חשיבות מרובה לדיווח מקיף על מחלות גנטיות במשפחה ועל בדיקות שנעשו לגילוי הפרעות גנטיות.

אני מבקשת ומסכימה בזאת לבצע בדיקת מי שפיר לשם בדיקת כרומוזומים של העובר ברחמי וכן כל בדיקה גנטית אחרת של נוזל השפיר שרופאי ימצאו לנכון, על בסיס מידע רפואי, כדי לאבחן הפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה ככל שהם ניתנים לאבחון טרום לידתי במגבלות הקיימות. הוסבר לי שקיימת אפשרות שהדיקור לא יצליח, או שתרבית התאים שיתקבלו לא תצמח, או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הבדיקה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי שלאחר ביצוע הבדיקה צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן תחתונה ויתכן כאב קל במקום הדיקור, דימום נרתיקי קל ודליפה קלה 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 לבדקם בבדיקת מי שפיר. כמו כן, הוסבר לי הסיכויים האפשריים לרבות הפלה ב- 0.5% מהמקרים, במקרים נדירים פגיעה פיזית בעובר וכן התפתחות זיהום אשר עלולה לחייב כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר לגרום למוות.

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

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקה. אם לאור תוצאות הבדיקה יופסק ההריון, אני מסכימה גם לניתוח הנפל. אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

שם המטופלת:

שם המשפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

חתימת המטופלת

תאריך

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מרופא/יועץ גנטי *ד"ר:

שם פרטי שם משפחה

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

שם האפוסטרופוס (קרבה)

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

מרכז רפואי מעניי הישועה | רפואת האם והעובר

שם הרופא/ה

חתימת הרופא/ה

מס' רישיון

* מחק/י את המיותר.