

הסכמה לבדיקת אולטרה סאונד עוברי- הצהרת הנבדקת

- הובהר לי כי בדיקת האולטרה סאונד 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 _____
 - הבדיקה נעשית ביוזמת האישה / על פי הפניית רופא*.
 הסיבה הרפואית להפניה _____
 בהעדר פרוט הסיבה להפניה, ההתייחסות בבדיקה הינה להריון בסיכון נמוך.
 הנתונים שיבדקו הם אלה שיודגמו ויסומנו בטופס הבדיקה.
 - בדיקה בסיסית היא בדיקה מצומצמת שבה נסקרים נתונים בסיסיים בלבד, בהתחשב בגיל ההריון, וכפי שיופיע בטופס הבדיקה.
 - הובהר לי שבדיקת האולטרה סאונד הינה מוגבלת ואינה יכולה או מתיימרת לאתר את כל המומים / הפגמים האפשריים בעובר, בכל מקרה ובכל הריון.
 - הובהר לי שישנם מומים / ליקויים אשר לא ניתנים לאבחון מוחלט בבדיקת אולטרה סאונד (כגון: תסמונת דאון, מחלות גנטיות, מחלות זיהומיות ועוד).
 - הובהר לי שמידת הדיוק ויכולת האיתור של מומים או פגמים תלויה באופי הממצא (כגון: פגמים באצבעות), גיל ההריון, מיקום העובר, תנוחתו, תנועותיו ומידת העבירות של גלי הקול.
 - 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).
 - הובהר לי כי בבדיקה בה נצפה ממצא חריג יהיה צורך, ע"פ החלטת הרופא המטפל, לבצע בדיקות נוספות (כגון: אקו לב עובר ואחרות).
 - הובהר לי שבדיקה מורחבת מוקדמת המבוצעת בשבועות 14-16, איננה מחליפה בדיקה מורחבת מאוחרת אותה ניתן לבצע בשבועות 19-24.
 - 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 הובן 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 _____

חותמת

חתימה

תפקיד

שם משפחה ופרטי

*מחק את המיותר