

טופס הסכמה: השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין E2 INDUCTION OF LABOR BY PGE2/PGE1

פרוסטגלנדין E2 היינו תכשיר הניתן באמצעות כדורים, ג'ל נרתיקי או תמיסה לצורך גרימת צירי לידה במקרים בהם לא מתפתחת לידה באופן טבעי.

שם היולדת:

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר בעל פה מד"ר _____
שם פרטי שם משפחה

על השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין E2 (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשרויות בנסיבות המקרה, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

הוסבר לי שמטרת הטיפול העיקרי היא ריכוך צוואר הרחם וגרימת צירים אך קיימת גם אפשרות של כשלון בהשראת הלידה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות של הטיפול העיקרי לרבות: בחילות, הקאות, שלשול, כאבי ראש, ירידת לחץ דם ועוית סמפונות (ברונכוספאזם).

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: הופעת התכווצויות תכופות וחזקות של הרחם שיצריכו טיפול תרופתי; שינויים בדופק העובר; תגובה של רגישות יתר לפרוסטגלנדינים המתבטאת בשינויים בלחץ דם ודיכוי נשימתי. הוסברה לי האפשרות הנדירה לקרע של הרחם שיצריך ניתוח קיסרי לחילוץ העובר ותיקון הקרע ובמקרים נדירים אף כריתת רחם. הוסבר לי שקרע של הרחם עלול לגרום ללידת עובר פגוע או למות העובר.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי 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.

חתימת היולדת

שעה

תאריך

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל-פה לידת/לאפוסטרופוס של היולדת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

העתקים: 1-תיק מטופל, 2-מטופל