

טופס הסכמה: הבשלת צוואר הרחם באמצעות בלון אקסטרה-אמניוטי

Cervical ripening with extra amniotic balloon

מדבקה

בלון אקסטרה-אמניוטי מיועד להבשלת הרחם לפני השראת (זירוז) לידה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי

שם משפחה

הבשלת צוואר הרחם באמצעות צנתר (בלון) אקסטרה-אמניוטי (להלן: "הטיפול העיקרי").

מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים הכרוכים בכל אחד מאלה.

הוסבר לי שמטרת הטיפול העיקרי היא ריכוך צוואר הרחם וכן שקיימת גם אפשרות של כישלון בהשראת לידה.

מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות של הטיפול העיקרי, התפתחות צירים, זיהום, דימום או ירידת מים. הוסברה לי האפשרות הנדירה שהשראת לידה עלולה לגרום 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.

ניתנה בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

בחתימתי ניתנת הסכמה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם במסגרת המקובלת במוסד הכפוף לחוק.

חתימת היולדת

שעה

תאריך

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

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

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה