

טופס הסכמה: הפסקת הריון תרופתית באמצעות טבליות מיפג'ין וציטוטק Termination of Pregnancy by Medication

שם האישה:

<מספר זהות>
ת.ז.

<שם פרטי>
שם פרטי

<שם משפחה>
שם משפחה

טיפול תרופתי באמצעות טבליות מיפג'ין (מיפפריסטון) וציטוטק (מיזופרוסטול) מיועד להפסקת הריון תוך רחמי שגילו אינו עולה על 49 יום. כאשר הפסקת הריון בשיטה זאת מתבצעת בעיתוי מאוחר יותר הסיכויים להצלחה של הטיפול פוחתים. הטיפול התרופתי ניתן בשני מועדים, במועד ראשון טבליות מיפג'ין ובמועד שני טבליות ציטוטק, במרווחי זמן של 36 עד 48 שעות. הפסקת הריון צפויה להתרחש מספר שעות לאחר נטילת התרופות במועד השני. בכל אחד מהמועדים יש צורך במנוחה ובהשגחה רפואית: שעתים לאחר נטילת טבליות מיפג'ין ושש שעות לאחר נטילת טבליות הציטוטק, או בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המטפל.

אני מצהירה/ה ומאשרת/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מה: <רופא מנתח >1 על הפסקת הריון באמצעות טבליות מיפג'ין וציטוטק (להלן: "הפסקת הריון תרופתית"). הוסבר לי גם האפשרות החלופית לבצע את הפסקת הריון באמצעות גרידה, לרבות היתרונות והחסרונות של גרידה לעומת הפסקת הריון תרופתית. הובהר לי כי לאחר נטילת הטבליות התהליך אינו הפיך, ובמקרה בו הפסקת ההריון התרופתית לא תצליח, יש לבצע את הפסקת ההריון בשיטה המקובלת עקב החשש להיווצרות מומים בעובר כתוצאה מהשפעת התרופות הנ"ל. הוסבר לי כי דימום חזק אינו מעיד בהכרח על הפסקת הריון ועלי להגיע לפגישות המעקב אליהן אוזמן לפי תוכנית הטיפול. הוסבר לי שב- 10% - 5% מהמקרים של הפסקת הריון תרופתית יש צורך בהשלמת תהליך ההפלה בשיטה המקובלת של גרידה בהרדמה. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבים דומים לכאבי מחזור ואף חזקים יותר, דימום ניכר מהנרתיק במהלך עד 9 ימים מיום נטילת מיפג'ין ודימום קל עד המחזור הבא: חולשה, בחילות ו/או הקאות, שלשול, העדר תאבון, פריחה, הרגשת חום או צמרמורת, כאבי ראש, סחרחורות ולעיתים כאבים בחזה ומצב רוח ירוד. תופעות לוואי אלו חולפות בדרך כלל מספר ימים לאחר נטילת טבליות הציטוטק במועד השני. הוסבר לי הסיבוך האפשרי של דימום חזק שיצריך גרידה ולעיתים נדירות מתן עירוי דם. כמו כן, הוסבר לי סיבוכים אפשריים של גרידה, לרבות: דלקת של רירית הרחם, הדבקויות, פוליפ ברירית הרחם וניקוב הרחם. הובהר לי שקיים איסור על ביצוע הפסקת הריון תרופתית במצבי חולי, בשילוב עם טיפולים תרופתיים אחרים ולנשים מעשנות מעל גיל 35 ואני מצהירה שמסרתי לרופא המטפל פרטים רפואיים מלאים. הוסבר לי ששיתוף הפעולה מצדי, ומילוי אחר הוראות הטיפול, הינו הכרחי וחיובי להצלחת הטיפול על כל היבטיו. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפסקת הריון תרופתית.

חתימת החולה

<שעת ביקור>
שעה

<תאריך נוכחי>
תאריך

במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש:

שם האפוטרופוס קירבה ת.ז. חתימת האפוטרופוס

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה ל/ל חולה/ה לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

חתימה וחותמת הרופא

<רשיון רופא >1
מס' רישיון

<רופא מנתח >1
שם הרופא/ה