

# טופס הסכמה: הפסקת הריון בשליש הראשון של ההריון

## VACCUM / CURETTAGE OF UTERUS FOR TERMINATION OF PREGNANCY (D&C)

הפסקת הריון מתבצעת דרך ועדה לפי בקשת האישה או בגלל הריון לא תקין על ידי הרחבת צוואר הרחם וניתוק העובר והשליה מקיר הרחם באמצעות שאיבה ו/או גרידה. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית או כללית.

שם האישה:

שם משפחה < שם משפחה >  
 שם פרטי < שם פרטי >  
 מספר זהות < מספר זהות >  
 ת.ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט מ- <רופא מנתח >1 - שם הרופא/ה

על הפסקת הריון (להלן: "הפעולה העיקרית").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית לרבות כאב בטן, אי נוחות ודימום קל שיחלפו מעצמם תוך מספר ימים. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות האפשרות של ניקוב הרחם וצורך בניתוח מידי, וכן האפשרות לזיהום מידי או מאוחר. הוסבר לי הסיבוכים המאחרים האפשריים לרבות הפרעות בווסת, הריון חוץ רחמי, אי ספיקת צוואר הרחם וכתוצאה מכך הפלות חוזרות ו/או לידות מוקדמות, שיתכן שיצריכו תפירת צוואר הרחם בעת הריון בעתיד. כמו כן, קיימת אפשרות של הפרעות בהשתרשות השליה ו/או דלקות שעלולות לגרום לפגיעה ביכולת להרות בעתיד קיימת גם אפשרות לשארית חלקי הריון וצורך לגרידה חוזרת.

הוסברה לי החשיבות של בדיקת ביקורת שבועיים לאחר הפעולה העיקרית על מנת לוודא שההריון הופסק כמקווה. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הפעולה העיקרית. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות הפרעות בקצב הלב, ירידת לחץ דם ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הפעולה העיקרית בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת ומסכים/ה לכך שהפעולה העיקרית וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק. הפסקת הריון פרטית תבוצע על ידי <רופא מנתח >1 ובאחריותו המלאה. שם הרופא/ה

תאריך נוכחי <תאריך נוכחי >  
 שעת ביקור <שעת ביקור >  
 שעה  
 חתימת האישה <חתימת האישה >

במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש:

שם האפוסטרופוס <שם האפוסטרופוס >  
 קירבה <קירבה >  
 ת.ז. <ת.ז. >  
 חתימת האפוסטרופוס <חתימת האפוסטרופוס >

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

רופא מנתח <רופא מנתח >1  
 שם הרופא/ה  
 רשיון רופא <רשיון רופא >1  
 מס' רישיון  
 חתימה וחותמת הרופא <חתימה וחותמת הרופא >