

טופס הסכמה: לבדיקת סקירת מערכות

- סקירת מערכות היא בדיקת אולטרסאונד עוברי המתבצעת ע"י רופא העומד בדרישות משרד הבריאות לביצוע הבדיקה.
- מטרת הבדיקה הינה לבדוק את מבנה איברי הגוף של העובר בהתאם לפירוט שנקבע על ידי האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה ומפורט בדו"ח הבדיקה.
- הבדיקה נעשית באמצעות מכשיר אולטרה סאונד המשתמש בגלי על קול. הבדיקה אינה מסוכנת לאם או לעובר.
- הבדיקה נעשית בגישה בטנית ובמידת הצורך גם בגישה לדנית (נרתיקית).

הצהרת הנבדקת:

- הובהר לי כי בדיקת האולטרה סאונד העוברי הינה (סמן את הבדיקה שתבוצע):
 - סקירה מוקדמת בשבוע _____
 - סקירה מאוחרת בשבוע _____
 - סקירה _____
 - סקירה _____
 למערכת _____ בשבוע _____ מכוונת _____
- הבדיקה נעשית ביוזמת האישה / על פי הפניית רופא (הקף בעיגול את המתאים).
 הסכימה _____ הרפואית _____
 להפניה _____
- בהעדר פרוט הסיבה להפניה, ההתייחסות בבדיקה הינה להריון בסיכון נמוך.
- הנתונים שיבדקו הם אלה שיודגמו ויסומנו בטופס הבדיקה.
- ידוע לי שבדיקת האולטרה סאונד הינה מוגבלת ואינה יכולה או מתיימרת לאתר את כל המומים / הפגמים האפשריים בעובר, בכל מקרה ובכל הריון, גם לא את כל המומים באברים שנבדקו.
- ידוע לי שישנם מומים / ליקויים אשר לא ניתנים לאבחון מוחלט בבדיקת אולטרה סאונד (כגון: תסמונת דאון, מחלות גנטיות, מחלות זיהומיות ועוד).
- ידוע לי שמידת הדיוק ויכולת האיתור של מומים או פגמים תלויים באופי הממצא וגודלו (כגון: פגמים באצבעות), וכן בגיל ההיריון, מיקום העובר, תנוחתו, תנועותיו ומידת העבירות של גלי הקול (דופן הבטן).
- ידוע לי שתוצאות הבדיקה משקפות, במגבלות הקיימות, את המצב בזמן הבדיקה וכי ישנם מומים העלולים להתפתח או להתגלות רק בהמשך ההיריון (כגון: הפרעות גדילה, סוגי גמדות, מומי לב, מוח ועוד).
- ידוע לי כי בבדיקה בה נצפה ממצא חריג יהיה צורך, עפ"י החלטת הרופא המטפל, לבצע בדיקות נוספות (כגון: אקו לב-עובר, MRI, יעוץ גנטי, דיקור מי שפיר, יעוץ רופא מומחה בתחום ועוד).
- ידוע לי שסקירת מערכות מוקדמת המבוצעת בשבועות 13-17, איננה מחליפה את הסקירה המאוחרת אותה מומלץ לבצע בשבועות 19-25, מכיוון שחלק מהמומים שניתן לאבחן בסקירה המאוחרת, אינם מתבטאים בסקירה המוקדמת.
- ניתן יהיה לבצע בדיקות נוספות גם בהעדר ממצאים, על פי רצוני ועל חשבוני.
- הובהר לי כי בכל מקרה עלי לפנות עם תוצאת הבדיקה לרופא הנשים המטפל.

לתשומת ליבך: בדיקות במסגרות ציבוריות מבוצעות בהתאם ל"סל שירותי הבריאות".

לאחר שכל האמור לעיל הובן על ידי, הנני מסכימה לביצוע הבדיקה במגבלות האמורות לעיל.

המטופלת:

פרטי

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה, על הצורך בביצוע הפעולה העיקרית "בדיקת אולטרה סאונד עוברי – סקירת מערכות" מד"ר/פרופ' - פרטי הרופא:

שם פרטי

שם משפחה



- ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.
- אני יודעת ומסכימה לכך שבדיקת האולטרה סאונד עוברי תעשה על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.
- אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע בדיקת האולטרסאונד העוברי – סקירת מערכות.

תאריך	שעה	חתימת המטופלת
שם האפטרופוס (קירבה למטופלת)		חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשרת כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפטרופוס / למתרגם של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסבריי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------