



טופס הסכמה: דיקור השורר (חבל הטבור) cordocentesis

דיקור חבל הטבור נעשה לצורך איבחון גנטי מהיר, ישירות מהעובר, ולשם קבלת מידע על מצבים פתולוגיים של העובר.

בדיקה זו מומלצת כאשר יש חשיבות לאבחנה מהירה או כאשר אין דרך אחרת לקבלת מידע על מצבו של העובר. הדיקור מתבצע על ידי החדרת מחט לתוך הרחם אל מקום חיבור חבל הטבור לשליה ותחת הנחיית אולטרסאונד. בהריון מרובה עוברים יש צורך בדיקור נפרד של כל שורר. הדיקור מתבצע בהרדמה מקומית.

קיימת חשיבות מרובה לדיווח מקיף על מחלות גנטיות במשפחה ועל בדיקות שנעשו לגילוי הפרעות גנטיות.

שם האישה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

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

שם משפחה שם פרטי

על הצורך בדיקור השורר לשם איבחון עוברי עקב _____ (להלן: "הבדיקה"). הוסברו לי החלופות האבחנתיות, יתרון וחסרון ותופעות הלוואי שלהן.

הוסבר לי שיש אפשרות שהדיקור ייכשל מבחינה טכנית או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות ויהיה צורך לחזור על הדיקור.

הוסבר לי שתוצאות תקינות של הבדיקה, אינן מבטיחות כי הילוד יהיה חופשי ממומים גופניים, נפשיים או שכליים לרבות מומים או מחלות תורשתיות אשר לא נבדקו או שלא ניתן לבדקם בדיקור השורר.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי שלאחר ביצוע הדיקור צפויה תחושה של רגישות או לחצים בבטן תחתונה וייתכן כאב קל במקום הדיקור, דליפה קלה של מי שפיר ודימום נרתיקי קל.

כמו כן, הובהרו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: מצוקת עובר שתצריך ניתוח קיסרי במקרה של עובר בר קיימא, ודימום מחבל הטבור שעלול לגרום למותו של העובר ב- 1% - 2% מהמקרים. סיבוך כזה קשור גם במצבו של העובר לפני הבדיקה. במקרים נדירים עלול להיגרם זיהום תוך רחמי, אשר עלול לחייב כריתת הרחם ובמקרים נדירים ביותר לגרום למוות.

דיקור נוסף הנעשה בסמוך לדיקור הראשון מגביר את הסיכון להופעת הסיבוכים המפורטים לעיל.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לבצוע הבדיקה, ואם לאור תוצאות הבדיקה יופסק ההריון, אני מסכימה גם לניתוח הנפל.



הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה 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.

תאריך	שעה	חתימת האישה
-------	-----	-------------

שם האפוטרופוס (קירבה לאישה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
-----------------------------	--

אני מאשרת כי הסברתי בעל פה לאישה את האמור לעיל וכי היא חתמה על ההסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

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