



نموذج موافقة: محاولة إنجاب طبيعي (مهيلي) بعد جراحة قيصرية سابقة

טופס הסכמה: ניסיון לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי קודם Trial Of Labor After Cesarean (TOLAC)

الغرض من هذه الوثيقة هو تزويدك بالمعلومات المطلوبة بخصوص موضوع الإنجاب بشكل طبيعي بعد ولادة قيصرية في السابق لمساعدتك في اختيار طريقة الانجاب الأنسب لحملك الحالي. سياستنا في القسم، على غرار سياسة أقسام الانجاب الأخرى في أنحاء العالم، هي إتاحة محاولة إنجاب عن طريق المهبل للنساء اللواتي ولدن في السابق بجراحة قيصرية، بشرط أن معطيات انجابهن السابقة ومعطيات الحمل الحالية تسمح بذلك.

اسم الأم:

اسم العائلة الاسم الشخصي اسم الأب رقم الهوية

أصرح بهذا وأصدق على أنني فهمت الشرح المفصل الذي حصلت عليه شفاهية من الطبيب: _____
اسم العائلة الاسم الشخصي

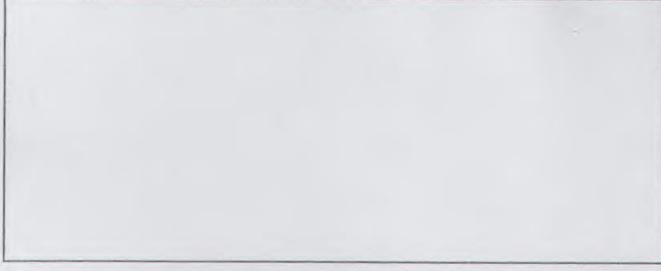
يخصوص معنى قرار محاولة الانجاب بشكل طبيعي (مهيلي) (فيما يلي: "محاولة إنجاب مهيلي") بعد أن ولدت من خلال جراحة قيصرية في السابق. أصرح وأصدق بهذا، أنني قد منحت شرحاً عن المسار المتوقع، النتائج المرجوة، المضاعفات والمخاطر الممكنة، والبدائل الممكنة عن القيام بجراحة قيصرية مبادر إليها مسبقاً. شرح لي، بأنه في إسرائيل، نسبة النجاح لولادة مهيلية بعد جراحة قيصرية سابقة هي نحو 70%-75%، في سائر الحالات انتهت الولادة بجراحة قيصرية متكررة.

شرح لي بأن المضاعفات الرئيسية التي قد تحدث عند محاولة إنجاب مهيلية بعد جراحة قيصرية هي تمزق الرحم، تعقيد يحدث بشيوع بنسبة 1 إلى 100 حتى 200 حالة، بأنه في حال تمزق، سوف تكون هناك حاجة للقيام بجراحة قيصرية طارئة وبيان تمزق الرحم قد يكون مرافقا بنزيف شديد ويشكل خطراً على الحياة، الذي قد يوجب استئصال الرحم، أو مضاعفات أخرى، يشمل اضطراب في منظومة تخثر الدم، الحاجة لإعطاء دم ومنتجاته و/أو توسيع الجراحة بسبب المس بأعضاء مجاورة. شرح لي بأن هناك إمكانية بأن المضاعفات لن تتجلى خلال الولادة/محاولة الولادة، ووفقاً لذلك قد تحدث خلال المعالجة. وضح لي بأنني قد أحتاج، في أعقاب هذه المضاعفات، لجراحة تصحيح، في مرحلة لاحقة.

إضافة للمضاعفات المذكورة شرح لي، بأن تمزق الرحم، خلال محاولة الانجاب، قد يسبب المس بالمولود، وهذا قد يكون أمراً صعباً رغم العلاج الطبي ويترافق بضرر دماغي مستديم للطفل وقد ينتهي حتى في حالات نادرة بالوفاة (خطر موت الجنين عقب تمزق الرحم هو نحو 1 إلى 10000 حالة لمحاولة ولادة مهيلية).

أصرح بهذا وأصدق، بأنه قد شرح لي وبأنني أفهم أن هناك إمكانية أنه خلال محاولة الانجاب المهيلية قد تكون هناك حاجة لجراحة قيصرية أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض انقاذ حياة أو لمنع ضرر جسدي لي و/أو للجنين. وفقاً لذلك أنا أوافق أيضاً على ذلك التوسيع أو التغيير أو القيام بإجراءات أخرى، التي بحسب رأي أطباء المستشفى قد تكون ضرورية.

شرح لي وأنا أوافق، أنه خلال الولادة سوف أكون موصولة بجهاز مراقبة (مونييتور) يتابع النبض الجنيني والطلق وبأنه عند الحاجة، قد يتم القيام بفحوصات إضافية، كذلك وضح لي، بأنه لتسكين الألم، يمكنني أن أحصل على علاج دوائي أو تخدير للمنطقة (ايبيدورال/للعامود الفقري)، وبأنه في حال احتجت لجراحة قيصرية، قد أكون بحاجة للتخدير العام. إذا كان هناك حاجة لتخدير للمنطقة و/أو القيام بتخدير شامل سوف أعطى شرحاً خصوص ذلك.



أصرح بهذا وأصدق، بأنه قد شرح لي بأن هناك بديل علاجي لمحاولة الإنجاب المهبليّة وسوف تتم جراحة قيصرية مبادر إليها. وضح لي بخصوص أفضليات وسلبيات الجراحة القيصرية المبادر إليها، سواء علي أو على الجنين بالمقارنة مع محاولة إنجاب مهبليّة.

أنا أعرف وأوافق بأن متابعة تقدم محاولة الولادة المهبليّة وكل الإجراءات الأخرى سوف تتم من قبل من وكل بالأمر، حسب النظم والتعليمات في المؤسسة، وبأنه لم يضمن لي بأن تتم، سواء جميعها أو جزء منها، من قبل شخص معين، وشريطة أن تتم بموجب المسؤولية المتبعة في المؤسسة بموجب القانون.

أصرح وأصدق بهذا بأنني قرأت هذا النموذج وفهمت محتواه على ضوء الشروحات التي قدمت لي.

التاريخ	الساعة	توقيع الأم
---------	--------	------------

اسم الوصي (القربة)	توقيع الوصي (في حال غير مكلف، قاصر أو مريض نفسي)
--------------------	--

أصاحق بهذا بأنني شرحت شفهيًا للأم/الوصي على الأم* كل المذكور أعلاه بالتفصيل المطلوب وبأنه وقع على موافقة أمامي بعد أن اقتنعت أنه فهم شرحي بأكمله.

اسم الطبيب (ختم)	توقيع الطبيب	التاريخ والساعة
------------------	--------------	-----------------