

## טופס הסכמה: דילול (הפחתה) עוברים FETAL REDUCTION

הפסקת הריון של עוברים מבוצעת על ידי החדרת מחט דרך דופן הבטן או דופן הנרתיק והזרקת תמיסת מלח ללב העובר על מנת להפסיק את פעולתו. העובר נשאר ברחם ולמעשה נספג עד להתמוססותו. במקרה של דילול של מספר עוברים חוזרים על הפעולה בכל עובר בנפרד, לעתים בהפרש של מספר ימים. הפעולה נעשית על פי רוב ללא הרדמה.

שם האישה:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם הבעל:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

אני/ו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי ושם משפחה

על כי באולטראסאונד נצפו \_\_\_\_\_ שקי הריון עם עוברים. לאור הממצאים הנ"ל ולאור הסיכון של הריון רב עוברים כפי שהוסבר לי/נו, הבעתי/נו את רצוני/נו להסכמת/נו לבצע דילול עוברים מ- \_\_\_\_\_ \* ל- \_\_\_\_\_ \* (להלן: "הטיפול העיקרי"). \*  
\* ציין/י במילים ובספרות

הנני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי ניתן לי/נו הסבר על התהליך ועל תופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות.

אני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים כי הוסברו לי/נו הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בטיפול העיקרי האמור לעוברים הנותרים ולאשה. בין השאר הוסבר לי/נו כי הסיכונים לעוברים הנותרים כוללים, בין היתר, אפשרות להיווצרות הפלה של ההריון כולו, אפשרות לירידת מים, מוות של עובר או עוברים נוספים, לידה מוקדמת שעלולה להסתיים בלידת פג, עם כל הסיבוכים הכרוכים בכך, כגון ליקויים מוטוריים, שכליים, עצביים ואשפוז ממושך.

הוסבר לי/נו כי הסיכונים לאישה כוללים, בין היתר, אפשרות לזיהום, לדימום, ובמקרים נדירים להפרעות בקרישת דם העלולות להעמידה בסכנת חיים. ברור לי/נו כי פגיעות שעלולות להיגרם לאשה עלולות להיות גם בעלות השלכה על העוברים.

אני/נו נותנת/ים בזאת את הסכמת/נו לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות רגישות ברמות שונות לחומרי הרדמה. אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ידי מרדים.



אני/ו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי/נו שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

X	X		
חתימת הבעל (במקרה של אישה נשואה)	חתימת האישה	שעה	תאריך

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה/סירוב\*\* בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

מס' רישיון	חתימה וחותמת הרופא/ה	שם הרופא/ה
------------	----------------------	------------

\*ציווי/ מספר העוברים בכתב ברור וקריא  
\*\*מחק/י את המיותר

### סירוב לדילול (הפחתה) עוברים

אני/ו מצהירה/ים ומאשר/ת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה על משמעות הותרת \_\_\_\_\_ \* העוברים שברחם לרבות הסיכונים להפלה מוקדמת או מאוחרת, ירידת מים מוקדמת המצריכה הפסקת הריון ולידת פגים. הוסבר לי/נו ואני/נו מבינה/ים כי סיכוני הפגות כוללים בין היתר, פגיעות מוטוריות, פגיעות שכליות ועצביות ואשפוז ממושך וכי בהריון מרובה עוברים גבוה שיעור הלידות בניתוחים קיסריים. אני/ו מצהירה/ים בזאת על סירוב לדילול עוברים.

X	X		
חתימת הבעל (במקרה של אישה נשואה)	חתימת האישה	שעה	תאריך

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה ולבעלה\*\* את כל האמור לעיל אודות דילול והותרת עוברים בפרוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ו בפני על סירוב לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.

מס' רישיון	חתימה וחותמת הרופא/ה	שם הרופא/ה
------------	----------------------	------------

\*ציווי/ מספר העוברים בכתב ברור וקריא  
\*\*מחק/י את המיותר