



## טופס הסכמה: ריקון הרחם בשליש השני של ההריון EVACUATION OF THE UTERUS IN THE SECOND TRIMESTER OF PREGNANCY (D&E)

ריקון הרחם בשליש השני של ההריון מתבצע על ידי הרחבת צוואר הרחם, הוצאת העובר, והוצאת השליה לאחר ניתוק מהרחם. הפעולה מתבצעת ברוב המקרים בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

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

שם פרטי ושם משפחה

על הפסקת הריון (להלן: "הפעולה העיקרית").  
אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית לרבות אפשרות לכאבי בטן, אי נוחות ודימום קל שצפויים לחלוף מעצמם תוך מספר ימים.  
כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים הבאים אשר שכיחותם המקובלת הינה קטנה מ-1%.  

- האפשרות של ניקוב הרחם ופגיעה באברים תוך בטניים וצורך בניתוח מיידי לתיקון הפגיעה.
- האפשרות לזיהום מידי או מאוחר.
- הפרעות קרישה היכולות לגרום לדימום רב הדורש טיפול בתוצרי דם.

הוסבר לי גם הסיבוכים המאוחרים האפשריים, לאחר הפעולה העיקרית:

- השארות רקמה הריונית שדורשת פעולה ניתוחית נוספת, ואף עלולה לגרום להידבקויות תוך רחמיות.
- הפרעות בווסת.
- סיכון מוגבר להריון חוץ רחמי.
- אי ספיקת צוואר הרחם וכתוצאה מכך הפלות חוזרות ו/או לידות מוקדמות.
- הפרעות בהשתרשות השליה בהריונות הבאים.
- דלקות שעלולות לגרום לפגיעה ביכולת להרות בעתיד.

הוסברה לי החשיבות של בדיקת ביקורת לאחר קבלת הוסת על מנת לוודא שההריון הופסק כמקווה, ולא נותרו שאריות של רקמת הריון ברחם.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שבמהלך 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 של ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופא בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הפעולה העיקרית.

הוסבר לי שבמקרים מסוימים, ניתן כתחליף לפעולה העיקרית, לבצע את ריקון הרחם באמצעים תרופתיים, אם בדרך וגינלית, אם בהזלפה לווריד, ואם בהזרקה למי השפיר (יתכן שילוב של יותר משיטה אחת) ולגרום לריקון הרחם בתהליך דמוי לידה הנמשך מספר שעות עד מספר ימים. בסופו של התהליך, תתבצע בכל מקרה ביקורת מכשירנית קהה של חלל הרחם, לשם ווידוא יציאת כל רקמת השליה. השיטה התרופתית כרוכה בדרך כלל, בסיכון מופחת לחלק מהסיבוכים שפורטו לעיל.



הרצליה  
מדיקל  
סנטר

-2-

תמצית ההסבר שניתן למטופל \_\_\_\_\_

הערת הסכמה \_\_\_\_\_

מקום שיחת ההסכמה \_\_\_\_\_

נוכחים בשיחה \_\_\_\_\_

הובהר לי שהפעולה העיקרית מתבצעת בהרדמה כללית, והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי רופא מרדים. הוסבר לי שקיימת גם אפשרות, פחות מומלצת, לביצוע הפעולה בהרדמה מקומית. חסרונות ההרדמה המקומית הם הן נפשיים והן גופניים, לרבות הפרעות בקצב הלב, ירידת לחץ דם ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אני יודעת ומסכימה 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 שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בהתאם לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_

תאריך	שעה	חתימה X
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס ( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש )

מס' רישיון \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת הרופא/ה \_\_\_\_\_

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_

\*מחק את המיותר