|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל |

גרסה 01/20

טופס הסכמה ל

**ניסיון לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי  
Trial of labor after cesarean section (TOLAC)**

מטרת הפעולה הינה ניסיון לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

**ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית**

**שם המטופלת:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על ביצוע לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי [להלן ה"פעולה העיקרית"], מד"ר/פרופ':

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך** | **שעה** | **חתימת המטופלת** |

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי – יילוד בניתוח קיסרי.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי סיכויי הצלחת לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי.

הוסבר לי ואני מבינה שמדובר בלידה בסיכון גבוה ועל כן ישנו צורך בהרכבת עירוי וניטור רציף של העובר ושל הצירים (חיצוני או פנימי) בשלב האקטיבי של הלידה. כן הוסבר לי שקיימת אפשרות שתוך מהלך הלידה יתברר שיש צורך לבצע פעולות רפואיות לצורך השלמת לידה נרתיקית כגון השראת לידה מכנית או תרופתית, חיזוק צירים ע"י פקיעת קרומי מי השפיר ו/או מתן אוקסיטוצין, שימוש בניטור עוברי וכן של הצירים (חיצוני או פנימי) וכן שימוש בואקום או מלקחיים במקרה הצורך.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: פתיחה / קרע של צלקת הניתוח בכ- 0.4%-0.9% מניסיונות הלידה אשר עלול להוביל לניתוח קיסרי דחוף עם עליה בסיכון למתן תוצרי דם, קשירת כלי דם גדולים, שימוש בתפרים המוסטטיים (עוצרי דימום), ואף כריתת הרחם ו/או הרחבה של הניתוח

|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל |

בשל מעורבות של איברים סמוכים. הוסבר לי שקיימת אפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הלידה/ ניתוח ראשוני וכי יהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הפעולה העיקרית.

כמו כן, הוסבר לי שקרע של הצלקת הניתוחית או הרחם עלול להוביל למצוקה עוברית קשה, שלמרות טיפול, תסב נזק נוירולוגי קשה, ולעיתים בלתי הפיך, ליילוד/עובר, עד למות העובר/היילוד תוך כדי הניתוח או לאחריו. אני מבינה כי שיעור הסיבוכים והסיכון לפגיעה/נזק אימהי ו/או לעובר/יילוד עולה במידה משמעותית במידה ויש קרע רחמי במהלך הלידה ביחס לאפשרות בחירה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש.

במקרים מיוחדים ניתן לאפשר ניסיון לידה נרתיקית גם לאחר שני ניתוחים קיסריים. במידה וכך אזי הוסבר לי ואני מבינה שהסיכון לקרע של הרחם לרבות כל ההשלכות והסיכון לפגיעה/נזק אימהי ו/או לעובר/יילוד גבוה הרבה יותר עד כדי 3.7%-0.9% מנסיונות הלידה.

הוסבר לי ואני מבינה כי השראת לידה וכן שימוש באוקסיטוצין במהלך לידה עלולים להעלות את הסיכון לקרע של הרחם והסיכון המשתמע ממנו לאם ולעובר/יילוד (כמפורט לעיל) מעבר לסיכון הבסיסי המצוין לעיל והנובע מעצם ניסיון הלידה לאחר ניתוח קיסרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה **כללית / אזורית / חסימה עצבית**   
ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם ניסיון הלידה הנרתיקית יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שניסיון הלידה הנרתיקית וכל ההליכים העיקרים ייעשו 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 הפעולה העיקרית.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך** | **שעה** | **חתימת המטופלת** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם אפוטרופוס (קירבה למטופלת)** | **חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)** |

|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל |

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **למטופלת / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופלת** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת)** | **חתימת הרופא** | **תאריך ושעה** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם המתרגם/ת** | **קשריו למטופלת** |