



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

| | |
|-----------|------------------|
| מס' זהות: | שם פרטי: |
| שם משפחה: | תאריך לידה: |
| שם האב: | כתובת: |
| טלפון: | מדבקת פרטי מטופל |

טופס הסכמה: טיפול הורמונלי בבעיות פרייה HORMONAL TREATMENT DUE TO INFERTILITY

מטרת הטיפול ההורמונלי הניתן לאישה, הינו להשרות ביוץ במקרים בהם האישה אינה מבייצת או לאפשר גיוס רב יותר של ביציות ובכך להגדיל את הסיכויים להריון. סוגי הטיפול האפשריים:

1. קלומיפן: טיפול הניתן בכדורים שנועד לגרום לביוץ.
2. תכשירים גונדוטרופונים: טיפול הניתן בזריקות לשריר או לתת-עור, המשפיע באופן ישיר על התפתחות הזקיקים והיווצרות ביציות בשחלה.

מהלך הטיפול דורש מעקב באמצעות בדיקות דם ו/או אולטראסאונד.

קיימים מקרים בהם קודם לטיפול להשראת ביוץ היתר או במהלכו ניתן לאישה טיפול הורמונלי נוסף לצורך דיכוי השחלות ומניעת ביוץ מוקדם. טיפול זה עלול לגרום לתופעות לוואי הדומות לאלו של גיל המעבר.

| שם האישה: | | | |
|---|----------|--------|------|
| שם פרטי | שם משפחה | שם האב | ת.ז. |
| אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר | | | |
| שם פרטי | | | |
| שם משפחה | | | |

על סוגי הטיפול ההורמונלי (להלן: "הטיפול העיקרי"). כמו כן הוסברו לי סכויי ההצלחה של הטיפול ההורמונלי המשתנים ותלויים בגיל בני הזוג, במצב השחלות, החצוצרות, בפתולוגיות נלוות ברחם ו/או באגן, באיכות הזרע ובגורמים נוספים. סיכויי ההצלחה להריון במחזור טיפולי אחד, הם עד 20%. סיכויי ההצלחה בסדרה של 3-6 טיפולים הינם עד 50-60%.

הוסברו לי תופעות לוואי והסיבוכים של הטיפול העיקרי, לרבות:

1. רגישות לתכשירים ההורמונליים נדירה, אך בכל מקרה של תופעה חריגה יש לדווח מוקדם ככל האפשר לרופא המטפל.
2. גירוי יתר שחלתי מתבטא, על פי רוב, בתפיתות הבטן, כאבי בטן, התפתחות ציסטות שחלתיות, הגדלת שחלות ואף הצטברות קלה של נוזלים בבטן. התופעות חולפות, בדרך כלל, בהמשך, תוך מגווחה ושתייה מרובה. שכיחות של גירוי יתר שחלתי קל היא 10%-25% למחזור טיפול אחד. גירוי יתר בינוני או קשה נדירים יותר ובדרך כלל מחייבים אשפוז. גירוי בינוני כולל בנוסף הופעת בחילות, שלשולים והקאות, ושכיחות הופעתו הינה 5%-15%.
- גירוי יתר קשה כולל, בנוסף, גם הצטברות נוזל בחלל הבטן, בית החזה והלב שתצריך לעיתים דיקורי בטן חוזרים לשם ניקוז. יציאת הנוזל לחללים עלולה לגרום גם לתסחיפים. סיבוכים נדירים נוספים כוללים אי ספיקת לב, אי ספיקת כליות ועד מוות. שכיחות של גירוי יתר שחלתי קשה היא 0.1%-5% למחזור טיפולי אחד. חומרת התופעות עלולה להביא להפסקת הטיפול.
3. תסביב, קרע, או דימום מהשחלה הם נדירים יחסית אך לעיתים מחייבים התערבות כירורגית. לעיתים נדירות דווח אף על צורך בכריתת השחלות.
4. ריבוי עוברים – שיעור ריבוי העוברים בטיפולים הורמונליים גבוה יחסית (עד 30% בהתאם לסוג הטיפול). במקרים של ריבוי עוברים (שלושה ומעלה) יידרש דילול עוברים, בשל הסיכונים הכרוכים בהריון מרובה עוברים. במידה ויהיה צורך בדילול עוברים, ינתן הסבר על הפעולה, סיכוייה וסיכונה בנפרד.
5. הפלות והריונות חוץ רחמיים. בהריונות המושגים לאחר השריית ביוץ ישנה עליה מסוימת בשכיחות הפלות והריונות חוץ רחמיים.

עד כה לא הוכח קשר סיבתי בין השראת ביוץ לבין סרטן השחלות. ידוע שההריון הינו המגן הטוב בהתפתחות גידולי שחלה ממאירים.

הוסבר לי כי בטיפולים הורמונליים הניתנים כבעיית פרייה תיתכן לידה של ילד או ילדים במצב בריאותי או נפשי בלתי תקין, לרבות בעלי מום או בלתי נורמלים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל. שיעור סיבוכים אלו אינו עולה על תדירות הופעתם בהריון טבעי.

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

מחלקת נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה





מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:

שם משפחה:

שם פרטי:

שם האב:

תאריך לידה:

כתובת:

טלפון:

מדבקת פרטי מטופל

אני/ו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי צוות טיפולי הפריון: הרופאים, האחיות, אנשי המעבדה, ועוזריהם וכל מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד _____
שם המוסד

וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד ובהתאם לחוק וכי האחראי לטיפול הפריון יהיה* _____
שם הרופא

תחמת האישה _____ (להלן: "האישה") _____ שם בן הזוג _____ (להלן: "בן הזוג") _____ ת.ד.

תאריך _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה/לבני הזוג** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הם** חתמה/ו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו** את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתמת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

* מלא במקרה של טיפול פרטי.
** מחק את המיותר.

