

## טופס הסכמה / סירוב: ניסיון לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי קודם Trial of Labor after Cesarean ( TOLAC )

מטרת מסמך זה לספק לך את המידע הדרוש בנושא לידה נרתיקית אחרי ניתוח קיסרי בעבר כדי לסייע לך לבחור את דרך הלידה המתאימה לך בהריוןך הנוכחי. מדיניות מחלקתנו, בדומה למדיניותן של מחלקות מיילדות אחרות ברחבי העולם היא לאפשר ניסיון לידה נרתיקית לנשים שילדו בעבר בנייתוח קיסרי, בתנאי שנתוני לידותיהן הקודמות ונתוני הריון הנוכחי מתירים זאת.

פרטי היולדת

שם משפחה

שם פרטי

תעודת זהות

אני מצהירה ומאשרת בזאת שהבנתי את ההסבר המפורט שקיבלתי בעל-פה מד"ר

שם משפחה שם פרטי

על משמעות ההחלטה לנסות ללדת לידה נרתיקית (להלן : ניסיון לידה נרתיקית) לאחר שילדתי בנייתוח קיסרי בעבר.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי ניתן לי הסבר על המהלך החזוי, התוצאות המקוות, הסיבוכים והסיכונים האפשריים של ביצוע ניתוח קיסרי יזום מראש. הוסבר לי, כי בישראל, שיעור ההצלחה של לידה נרתיקית אחרי קיסרי קודם הינו כ- 70% - 75%. בשאר המקרים הלידה מסתיימת בנייתוח קיסרי חוזר. הוסבר לי כי הסיכון העיקרי אשר עלול להתרחש בעת ניסיון לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי, הינו קרע של הרחם, סיכון המתרחש אחד ל- 100 עד 200 מקרים. הובהר לי כי במקרה של קרע, יהיה צורך בביצוע ניתוח קיסרי דחוף וכי קרע של הרחם עלול להיות מלווה בדימום רב ומסכן חיים, היכול לחייב כריתת רחם, או בסיבוכים נוספים, לרבות הפרעה במנגנון קרישת הדם, צורך במתן דם ומוצריו ו/או הרחבה של הניתוח בשל פגיעה באברים סמוכים. הוסבר לי כי יש אפשרות שהסיבוכים לא יבואו לידי ביטוי במהלך הלידה / ניסיון הלידה, ולפיכך יתכן שיהיו בטיפול בהם. כן הובהר לי כי יתכן ואזדקק, בעקבות סיבוכים אלה, לניתוח מתקן, בשלב מאוחר יותר.

בנוסף על הסיבוכים האמורים, הוסבר לי כי קרע של הרחם, במהלך ניסיון הלידה, עלול לגרום לפגיעה בילוד, שלמרות הטיפול הרפואי יכולה להיות קשה ומלווה בנזק מוחי תמידי לילוד ואף להסתיים, במקרים נדירים, במותו (הסיכון למות העובר עקב קרע הרחם הינו כ- 1 ל- 10.000 מקרים של ניסיון ללידה נרתיקית). אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבינה, שקיימת אפשרות שבמהלך ניסיון הלידה הנרתיקית, יתעורר צורך בנייתוח קיסרי או בנקיטת הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לי ו/או לעובר. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה או שינוי או ביצוע הליכים אחרים שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים.

מס' זהות: \_\_\_\_\_  
 שם משפחה: שם פרטי: \_\_\_\_\_  
 שם האב: תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_

**מדבקת פרטי מטופל**

הוסבר לי, ואני מסכימה, שבמשך כל הלידה אהיה מחוברת למכשיר ניטור (מוניטור) העוקב אחר הדופק העוברי ואחר הצירים, וכי בעת הצורך יתכן ויבוצעו בדיקות נוספות. כן הובהר לי כי לשיכון כאבים אוכל לקבל טיפול תרופתי או אילחוש אזורי (אפידורלי/ספינלי) וכי אם אזדקק לניתוח קיסרי יתכן ואזדקק להרדמה כללית. אם יהיה צורך באילחוש אזורי ו/או בביצוע הרדמה כללית, ינתן לי הסבר על כך. אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי שישנה חלופה טיפולית לניסיון הלידה הנרתיקית והיא ביצוע ניתוח קיסרי יזום. יתרונותיו וחסרונותיו של ניתוח קיסרי יזום, לי ו/או לעובר, בהשוואה לניסיון הלידה הנרתיקית הובהרו לי.

אני יודעת ומסכימה לכך שהמעקב אחר התקדמות ניסיון הלידה הנרתיקית וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שהם ייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד\ בכפוף לחוק. אני מצהירה ומאשרת בזאת שקראתי טופס זה והבנתי את תוכנו, לאור ההסברים שניתנו לי

אני מעוניינת לניסיון לידה נרתיקית

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שעה חתימת היולדת

שם האפוסטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש)

אני מסרבת לניסיון לידה נרתיקית ומעוניינת בניתוח קיסרי

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שעה חתימת היולדת

שם האפוסטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש)

אני מאשרת/ כי הסברתי בעל-פה לילודת/ לאפוסטרופוס שלה, את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

\_\_\_\_\_ שם הרופא \_\_\_\_\_ חותמת (עם מס' רישיון) וחתימה