

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

إصدار/גרסה 11/19

טופס הסכמתה ל- אסתטמארה موافقة ל-

דיקור שק השפיר לצורץ אבחון גנטוי/ AMNIOCENTESIS**וחזר הקיסי הולמי באלבר ל التشخيص הוראי**

يتمإجراء الواخزلسائل السلوוי (الأمنيوسي) لتشخيص العيوب الوراثية أو الأمراض أو العيوب الخلقية التي يمكن تشخيصها قبل الولادة ضمن الحدود المتاحة. يتم إجراء الفحص من الأسبوع 16 من الحمل.

يتم إجراء الفحص عن طريق إدخال إبرة من خلال جدار البطن في الرحم، تحت توجيهه الموجات فوق الصوتية (الأولتراسאונד) وضيق حوالي 30-50 سم مكعب من السائل الأمنيوسي. في بعض الأحيان يتمأخذ كمية إضافية للفحوصات الخاصة، وأحياناً تكون هناك حاجة إلى أكثر من ثقب لإنتاج سائل أمنيوسي يكفي للفحص. في الحمل المتعدد المواليد، يتمأخذ عينات من السائل الأمنيوسي من كل كيس (باستثناء حالات خاصة مثل التوائم المتتشابهة حيث يمكن وخر كيس واحد فقط أو عند فحص جنين واحد).

يتميز الفحص بموثوقية عالية بالنسبة للعيوب الصبغية المجهوية وشبيه المجهوية التي تم فحصها لكن الفحص السلبي لا يستبعد على الإطلاق وجود عيوب جسدية أو نفسية أو عقلية أو أمراض وراثية التي لم يتم فحصها أو لا يمكن فحصها من خلال فحص السائل السلوוי.

צורת ההרדים המלווה פעולה זאת: **לא הרדמה** (במקרים מיוחדים ולשיקול המבצע ניתן לבצע אלחוט מוקומי) טريقة التخدير المناسبة المرافقة في هذه العملية: **בדונן תחדר** (في حالات خاصة ولا اعتبارات خاصة بالعملية من الممكنإجراء تخدير מوضعي)

קיימת חשיבות מרובה לדיווח מוקיף על מחלות במשפחה ועל בדיקות שנעשו לגילוי הפרעות גנטיות هناك أهمية قصوى للإبلاغ الشامل عن الأمراض العائلية والاختبارات التي أجريت للكشف عن الاضطرابات الوراثي

שם המטופלת: اسم המريضة:

שם האב	שם פרט ^{ת.ו.}	שם משפחה ^{שם העائلת}
שם الأم	بطاقة الهوية ^{שם השخصי}	שם האב ^{שם המטופל}

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבנתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביוצוע דיקור מי שפיר כדי לגנות ליקויים אצל העובר בשל _____ (להלן: "הבדיקה העיקרית"), **מד"ר/פרופ' יועץ גנטוי** (מחק את המיותר):

אני אصرח ואؤكد במوجب ذلك, بأنني תلقית שرحًا מفصلًا وشفهيًا حول الحاجة إلى إجراء وخر في السائل السلوוי للكشف عن العيوب في الجنين بسبب _____ (فيمايلي: "الفحص الرئيسي") **מןطيب/ البروفסור/ المستشار הוראי** (أشطب الزائد):



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

שם פרטי
الاسم الشخصي

שם משפחה

חתימת המטופלת توقيع المريضة

الساعة
شعة

תאריך

أطلب بموجب هذا وأوافق على إجراء فحص السائل السلوبي لفحص كروموزومات (الصبغيات) الجنين في رحمي وأي فحوصات وراثية أخرى في السائل السلوبي الأمنيوسي الأخرى التي قد يراها أطبائي مناسبة بناءً على المعلومات الطبية ، لتشخيص الانضطرابات الوراثية أو الأمراض أو العيوب الخلقية بقدر ما يمكن تشخيصها قبل الولادة بموجب القيد المتاحة.

أنا أقر وأؤكد بموجب هذا أنني قدمت جميع المعلومات المعروفة لي بخصوص الحالات الطبية الاستثنائية الخاصة بي وبعائلتي.

لقد توضح لي أن هناك احتمال بعدم نجاح الوخز أو أنه لا يمكن إكمال الفحص الجيني من العينة المراد أخذها أو أن النتائج ستكون غير حاسمة وسيحتاج الأمر تكرار الفحص.

لقد اتضح لي أنه بعد إكمال الفحص من المتوقع الشعور بحساسية أو ضغط في أسفل البطن وقد يكون هناك ألم طفيف في مكان الوخز بالإبر ونزيف مهلي خفيف وترسّب بسيط من السائل السلوبي الأمنيوسي.

كذلك تأثير شرحاً حول المضاعفات المحتملة بما في ذلك الإجهاض \ الولادة المبكرة (اعتماداً على عمر الحمل) في 1: 400-1000 حالة. في حالات نادرة جداً قد تحدث مضاعفات مثل العدوى داخل الرحم والتي قد تتطلب استئصال الرحم وحتى تسبب للوفاة. الوخز الإضافي الذي يتم بالقرب من الوخذ الأول (مثل الحمل متعدد الأجنحة) يزيد من خطر المضاعفات المذكورة أعلاه.

معلوماتٍ لدى بأنه إذا كان المركز الطبي حائزً على الانساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج في، المراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق على أن الفحص سوف يتم تنفيذها من قبل الشخص الذي سيتم تكليفه بذلك وفقاً لإجراءات وتعليمات المركز الطبي. وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم اجراؤها كلّياً أو جزئياً من قبل شخص معين شريطة أن يتم تنفيذها تحت طائلة المسؤلية المعتمدة في المؤسسة مع مراعاة القانون.

אני מודעת לך כי ביצוע הבדיקה העיקרית
אנו ממליצה בוגר זה בإجراء הבדיקה הראשית.

חתימת המטופלת توقيع المريضة

الساعة شاه

תאריך
المتاریخ



שם המוסד הרפואי / לוגו

mdbkht_hmtvfl

**חתימת אפotorופוס
(במקרה של פסול דין, קטינו או חולת נפש)
توقيع الموصي
(في حال فقدة الأهل / قاصرة أو مريضة نفسية)**

**שם אפotorופוס
(קירבה למטופלת)
اسم الموصي
(صلة القرابة مع المريضة)**

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **למטופלת / לאפotorופוס / למתרגם של המטופלת** את כל האמור לעיל בפירוט הדorous וכי הוא/היא חתמה עלי הסכמה בפני לאחר ששוכנعني כי הבירור את הסבירי במלואם.

أقرّ بهذا بأنني شرحت شفهياً للمريضة / للوصي على المريضة / لمترجم المريضة المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب كل ما ذكر أعلاه وبأنها وقعت على الموافقة أمامي بعد أن اقنعت بأنها فهمت الشرح بالكامل.

**תאריך ושעה
التاريخ والمساعة**

**חתימת הרופא
توقيع الطبيب**

**שם הרופא (חותמת)
اسم الطبيب (ختم)**

**קשריו למטופלת
صلة به بالمرضة**

**שם המתרגם/
اسم المترجم**