

שם המוסד הרפואי / לוגו

המטופלmadkat

إصدار/גרסה 01/20

טופס הסכמתה ל-استمارה موافقة ל-

## הפסקת הריון רפואי באמצעות טבליות מיגן וציטוטיק

### Termination of Pregnancy by Medication

#### إنها الحمل عن طريق الأدوية باستخدام أقراص ميفجين وسيتوتيك

يهدف العلاج الدوائي باستخدام أقراص ميفجين (ميغريستون) وسيتوتيك (ميزوبروس톨) إلى وقف الحمل داخل الرحم لمدة لا تتجاوز الـ 63 يوماً. عند إنهاء الحمل بهذه الطريقة في وقت لاحق تقل فرص نجاح العلاج.

يتم إعطاء الدواء في مواعدين، في الموعد الأول يتم تناول أقراص ميفجين وفي الموعد الثاني يتم تناول أقراص سيتوتيك، على فترات زمنية من 36 إلى 48 ساعة.

من المتوقع أن يحدث إنهاء الحمل بعد عدة ساعات من تناول الدواء في الموعد الثاني. في كل من هذه الأوقات ستحتاج المرأة الحامل إلى الراحة والإشراف الطبي: بعد ساعتين من تناول أقراص ميفجين و 6 ساعات بعد تناول أقراص سيتوتيك، أو حسب تقدير الطبيب المعالج.

צורת ההרדמה המלווה פוליה זאת: ללא הרדמה  
طريق التخدير המרפאقي في هذه العملية: بدون تخدير  
**שם המטופלת: إسم المريضة:**

<b>שם האב</b>	<b>שם פרטי</b>	<b>שם משפחה</b>
שם الأب	الإسم الشخصي	اسم العائلة

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיביתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך ביצוע הפסקת הריון רפואי באמצעות טבליות מיגן וציטוטיק, (להלן "הפעולה העיקרית"), מד"ר/פרופ' :

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك، بأنني تلقيت شرحاً مفصلاً وشفهياً حول الحاجة إلى إنهاء الحمل عن طريق الأدوية باستخدام أقراص ميفجين وسيتوتيك، (فيما يلي: "الجراحة الرئيسية")، من الدكتور/البروفيسور :

<b>שם פרטי</b>	<b>שם משפחה</b>
الإسم الشخصي	اسم العائلة

<b>חתימת המטופלת</b>	<b>שעה</b>	<b>תאריך</b>
توقيع المريضة	الساعة	التاريخ



## מדבקת

אذا אصرّح وأؤكد بموجب ذلك، بأنني תלقيت שرحًا حول הבדائل הטיפולית המתاحة לאنتهاء الحمل عن طريق الإجهاض، بما في ذلك إيجابيات וسلبيות الإجهاض مقارنة بإنتهاء الحمل طبياً عن طريق الدواء. لقد توضّح لي أنه بعد تناول الأقراص فإن العملية لا رجعة فيها، وفي حالة فشل وقف الحمل الدوائي، يجب تنفيذ وقف الحمل بالطريقة التقليدية، بسبب الخوف من تشوهات الجنين نتيجة للتأثير الدوائي المذكور أعلاه.

وقد توضّح لي أن النزيف الحاد لا يشير بالضرورة إلى إنهاء الحمل ويجب عليّ حضور مواعيد المتابعة المحددة לי في خطة العلاج. كما توضّح لي أنه على الرغم من 10%-5% من حالات إنهاء الحمل عبر الدواء هناك حاجة لإستكمال إجراء عملية الإجهاض من خلال الطريقة التقليدية للإجهاض عبر التخدير.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك، أنني تلقيت شرحًا للآثار الجانبية المحتملة، بما في ذلك: ألم مشابه لأنם הדورة الشهرية واحد جداً؛ نزيفمهלי قوي خلال فترة تصل إلى 9 أيام من تناول أقراص ميفجين ونزيف خفيف حتى הדورة التالية؛ ضعف، غثيان و/ أو نقيء، إسهال، فلة الشهبة، طفح جدي، حمى أو قشعريرة، صداع، دوخة وأحياناً ألم في الصدر وسوء المزاج. عادةً ما تخنقني هذه الآثار الجانبية بعد عدة أيام من تناول أقراص سيوتונית في الموعد الثاني. كذلك تلقيت شرحًا حول المضاعفات المحتملة حول حدوث نزيف حاد يتطلب عملية إجراء إجهاض وفي حالات نادرة يستلزم عمليات نقل دم.

كذلك، تلقيت شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة من الإجهاض، بما في ذلك: التهاب بطانية الرحم، التصاقات، ورم في بطانية الرحم وثقب الرحم.

لقد اتضح لي أن هناك حظر إجراء الإجهاض من خلال الأدوية في حالة المرضية، إلى جانب العلاجات الدوائية الأخرى وكذلك بالنسبة لي والنساء اللواتي يدخن أكثر من 35 عاماً، وبأنني قدمت للطبيب المعالج معلومات طبية كاملة.

كذلك اتضح لي أن التعاون من جنبي واتباع تعليمات العلاج ضروري وأساسي لنجاح العلاج من جميع جوانبه.

אני נוותנת בזאת את הסכמי לבי צו הפעולה העיקרית.

أنا أمنح موافقتي بموجب هذا بإجراء العملية الجراحية الرئيسية.

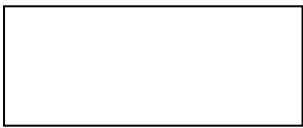
**חתימת המטופלת**  
توقيع המريضة

שלה  
השעה

**תאריך**  
התאריך

חתימת אפוטרופוס  
(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)  
توقيعوصي  
(في حال فاقدة الأهل، فاقصة أو مريضة نفسياً)

שם אפוטרופוס  
(קיים להמתופלת)  
שםوصי  
(صلة القرابة مع المريضة)



MDBKTH HMTOPFL

שם המוסד הרפואי / לוגו

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **למטופלת** / **לאפטורופוס** / **למתרגמת של המטופלת** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתמה עלי הסכמה בפני לאחר ששוכנعني כי הבינה את הסבירי במלואם.

אقر' بهذا بأنني שרحت **شفהית** **למרضة** / **לلوصي על המريضة** / **لمתרגם המريضة** המذكور לעלה بالكامן ובالتفصיל המطلوب كل ما ذكر לעלה, ובأنه/ أنها وقع/ت על الموافقة אמami, بعد>An acceptation بأنه/ أنهافهم/ت الشرح קاملו.

---

תאריך ושעה التاريخ والمساعة	חתימת הרופא توقيع الطبيب	שם הרופא (חותמת) اسم الطبيب (ختم)
--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

---

**קשרינו למטופלת**  
صلתה **בالمريضة**

**שם המתרגם/ת**  
**اسم المترجم/ة**