

הועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

ספטמבר 2008

טופס מס' 8

הצהרת רופא מומחה למחלות נשים ומילדות

1. אני הח"מ _____ ת.ז. _____
מס' רישיון _____ מס' רישיון מומחה _____
2. גב' _____ המועמדת כאם נושאת להורים המיועדים _____
נבדקה על יד והצהירה בפני כי יש לה _____ ילדים וכי עברה _____ לידות.
עברה _____ הפלות טבעיות. עברה _____ הפלות יזומות. עברה _____ ניתוחים קיסריים.
עברה _____ ניתוחים אחרים. אשפוז /טיפול פסיכיאטרי: כן/ לא
נוטלת תרופות באופן קבוע: כן/לא. במידה וכן פרט התרופות: _____.
3. הבהרתי והסברתי לה מהן ההשלכות והמשמעויות של הטיפול הרפואי אותו היא עומדת
לעבור, על פי הרשום מטה, לרבות: מוות, עקרות וסיבוכים בזמן הלידה ואחריה העלולים
לגרום לנזק או לנכות קבועה. (נא סמן X ליד הנושאים שהוסברו):
- [] תהליך ההפריה והחזרת עוברים, סיכויי ההתעברות, סיכונים בתהליך, משך
התהליך באם שאיבת הביציות של האם המיועדת תעשה במחזור טבעי.
- [] טיפול תרופתי ובדיקות מעקב במשך התהליך.
- [] הלידה ובדיקות המעקב בהריון.
- [] הסיכון להריון מרובה עוברים, דילול עוברים.
- [] בדיקות: מי שפיר, סיסי שליה, שקיפות עורפית, בדיקת מערכות אולטרסוניות.
- [] מצבים חריגים: הפלה, לידה מוקדמת, הריון חוץ רחמי, ניתוח קיסרי.
- [] עוברים מוקפאים – סיכויי הצלחת התהליך.
- [] הליך תרומת ביצית ומשך זמן ההמתנה לגביו.
- [] מחלות או מצבים של ההורים המיועדים שעלולה להיות להם השפעה על בריאות
האם הנושאת (למשל, הפטיטיס B, C).
4. למיטב ידיעתי הנ"ל הבינה את הסבריי ונמצאה על ידי מתאימה לתהליך נשיאת עוברים
וההשלכות הנובעות מכך.

חתימת האם הנושאת

חתימת הרופא/ה

תאריך

כתובת המשרד: רח' רבקה 29, ירושלים, קומה ג'
מען למכתבים: ת"ד 1176, ירושלים, מיקוד 91010
מס' טלפון: 02-5681275/460 פקס: 02-5681466