

## טופס הסכמה: טיפול הורמונלי בבעיות פרייה

### HORMONAL TREATMENT DUE TO INFERTILITY

שם האישה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

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. איקקלומין: טיפול הניתן בכדורים ואשר נועד לגרום לביוץ. נטילת הכדורים הינה למשך מספר ימים מתחילת המחזור בהתאם להוראות הרופא.
2. פרגונול, מנוגון, מטרודין, פיורגון, הומגון, גונל F (גונדוטרופינים): טיפול הניתן בזריקות לשריר או לתת-עור, והמשפיע באופן ישיר על התפתחות הזקימים והיווצרות ביציות בשחלה. בהתאם לפרוטוקול, הטיפול הינו בתחילת המחזור למשך כ-5 ימים ויותר, בהתאם להוראות הרופא. במהלך קבלת הטיפול יש צורך במעקב אחר התפתחות הזקימים בשחלות באמצעות בדיקות דם ו/או אולטרסאונד. סיכויי ההצלחה של הטיפול ההורמונלי משתנים ותלויים בגיל בני הזוג, במצב השחלות, החוצצרות, בפתולוגיות נלוות ברחם ו/או באגן, באיכות הזרע ובגורמים נוספים. סיכויי ההצלחה להריון במחזור טיפולי אחד, הם 20%. סיכויי ההצלחה בסדרה של 3-6 טיפולים הינם עד 50%-60%.

#### סיכויי הטיפול

1. **רגישות לתכשירים** – רגישות לתכשירים ההורמונליים נדירה, אך בכל מקרה של תופעה חריגה יש לדווח מוקדם ככל האפשר לרופא המטפל.
2. **גירוי יתר שחלתי** – גירוי היתר הוא על פי רוב קל ומתבטא בתפוחות הבטן, כאבי בטן, הגדלת שחלות ואף הצטברות קלה של נוזלים בבטן. התופעות חולפות בתוך 1-2 שבועות, אך לעיתים, ובפרט באם הושג הריון, התופעות עלולות להמשך זמן רב יותר. הטיפול במקרים אלו הינו מנוחה ושתייה מרובה ולרוב לא נדרש אשפוז. שכיחות גירוי יתר קל היא 10%-25% למחזור טיפול אחד בגונדוטרופינים ונמוכה יותר בטיפול איקקלומין. גירוי יתר בינוני או קשה נדירים יותר ובדרך כלל מחייבים אשפוז. גירוי בינוני כולל הופעת בחילות, שלשולים והקאות, ובנוסף לנ"ל הצטברות נוזל בחלל הבטן ובית החזה שתצריך לעיתים דיקורים חוזרים לשם ניקוז, וריכוז יתר של דם, שעלול לגרום לתסחיפים. סיבוכים נדירים נוספים כוללים אי ספיקת לב, אי ספיקת ו/או כליות. דווחו אף מקרים בודדים של צורך בקטיעת גפיים ואף מוות. שכיחות גירוי יתר ובינוני או קשה היא 0.1%-5% למזור טיפול אחד בגונדוטרופינים ושכיחה פחות בטיפול באיקקלומין.
3. **תסביב, קרע, או דימום מהשחלה** – סיבוכים נדירים יחסית אך לעיתים מחייבים התערבות כירורגית (לפרסקופיה או פתיחת בטן) לשם טיפול. לעיתים נדירות דווח אף על צורך בכריתת השחלות.
4. במקרים בהם ניתן טיפול לדיכוי מוקדם של השחלות עלולות להופיע תופעות לוואי הדומות לאלו של גיל המעבר. כמו כן עלולות להתפתח ציסטות שחלתיות שיהיה צורך בשאיבתן ו/או בהפסקת הטיפול.
5. לאחרונה הופיעו דיווחים בודדים שבודקים את האפשרות של עליה בשכיחות סרטן השחלות לאחר טיפול בגורמי ביוץ. דיווחים אלו לא אושרו במחקרים נוספים ומוזכרים פה למען הזהירות וזאת מכיון שהמידע עדיין מצטבר ומסקנותיו יוודעו רק בעוד שנים.



6. **ריבוי עוברים** – שיעור ריבוי העוברים בטיפולים הורמונליים גבוה יחסית (כ-10%). במקרים של ריבוי עוברים מקובל להציע דילול עוברים, בשל הסיכונים הכרוכים בהריון מרובה עוברים. במידה ויעלה הצורך בדילול עוברים, ינתן הסבר על הפעולה, סיכוייה וסיכונים בנפרד. בטיפולים הורמונליים הניתנים בבעית פריון תיתכן לידה של ילד או ילדים במצב בריאותי או נפשי בלתי תקין, לרבות בעלי מום או בלתי נורמליים וכן בעלי נטיות תושטיות או כל סטייה אחרת מהרגיל. שיעור סיבוכים אלו אינו עולה על תדירות הופעתם בהריון טבעי.

(להלן האשה)	שם האשה:	שם האשה:	אני/אנו הח"מ:
_____	_____	_____	_____
	שם מלא	שם מלא	מס ת.ז.
(להלן הבעל)	שם הבעל:	שם הבעל:	
_____	_____	_____	_____
	שם מלא	שם מלא	מס ת.ז.

מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי קבלתי/נו הסבר בעל פה מד"ר

שם פרטי ושם משפחה

**על תהליך הטיפול ההורמונלי בבעיות פריון (להלן: "הטיפול העיקרי").**

קראתי/נו בעיון את ההסבר בדבר השלבים השונים, תופעות הלוואי והסיכונים האפשריים הכרוכים בטיפול. כמו כן קיבלתי/נו מהרופא המטפל הסברים מפורטים על פרטים שלא היו ברורים לי/לנו ומענה מפורט לשאלותינו ואני/אנו מסכימה/ים לביצוע כל הפעולות שתדרשנה על מנת להגדיל את סיכויי ההצלחה בכל אחד משלבי הטיפול.

**התחייבות לתשלום:**

הנני מתחייבת בזה לשלם אל כל הסכומים שיגיעו לכם, לפי התעריף המקובל אצלכם, שיהא בתוקף בעת התשלום בפועל, בצירוף מס ערך מוסף כחוק, על פי חשבונות שיוגשו לי. התשלום יבוצע באמצעות: מ - שיק/מזומן, מ - כרטיס אשראי, מ - התחייבות קופ"ח/ביטוח.

ידוע לי ומוסכם כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.

הנני/ו מצהירה/ים שהוסבר לי/לנו והבנתי/נו כי אפשריים סיכונים בטיפול ואני/אנו מוכנים ליטול סיכונים אלו על עצמי/נו.

אני/אנו נותנת/ים את הסכמתי/נו המלאה מרצוני/נו החופשי לצוות ההפרייה החוץ גופית בהרצליה מדיקל סנטר,

לרופאים, האחיות, אנשי המעבדה, עוזריהם וכל הצוות המטפל בבעיות פריון, לבצע את כל תהליכי הטיפול המפורטים לעיל, בהתאם לשיקול דעתם, ועל פי הנהלים וההוראות של בית החולים, באחריות המקובלת בבית החולים ובכפוף לחוק, וכי האחראי לטיפולי הפריון יהיה\*

שם הרופא/ה



הוסבר לי/לנו והבנת/ינו שיתכן שהביטוח הרפואי שלי/שלנו לא יכסה עלות של כל הטיפולים להם אצדקק/נצדקק וכי במקרה הצורך אצטרך/נצטרך להשלים בעצמי/נו את העלויות הנדרשות. אני/אנו מודעת/ים לכך שיש לי/לנו הזכות לפרוש מתוכנית הטיפול בכל זמן, אולם משאחליט / משנחליט על כך יהיה זה על אחריותי/נו המלאה.

חתימות: \_\_\_\_\_ האשה:  \_\_\_\_\_ הבעל:  \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הם חתמו בפני על הסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבינו את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' הרישוי \_\_\_\_\_

\*מלא/ו במקרה של חולה פרטית