

סירוב לבצע בדיקות סקר ביילוד

בית החולים/מקום הלידה: _____ שם משפחת היילוד: _____
מספר תעודת זהות של היילוד (9 ספרות): _____ תאריך הלידה: _____
שם מלא של האם: _____ מספר תעודת זהות של האם: _____

בחתימתי על מסמך זה אני מאשר/ת את הדברים הבאים:

קיבלתי וקראתי את עלון ההסבר של משרד הבריאות "לקראת לידה כולל בדיקות סקירה ביילודים בריאים".

הוסבר לי שבדיקות הסקר ביילודים מומלצות על ידי משרד הבריאות ונועדו לאתר מחלות קשות אשר מניעת התפרצותן או הפחתת חומרתן הם אפשריים, על ידי טיפול שיש להתחיל מוקדם ככל שניתן .

מובן לי כי על מנת לאפשר התחלת טיפול מוקדם במידה והיילוד ימצא חולה באחת המחלות הנבדקות יש לבצע את דגימת הדם מוקדם. אבל, על-מנת לקבל תוצאות הניתנות להערכה יש לבצע את דגימת הדם לא לפני 36 שעות מזמן הלידה ומוטב בין 48-72 שעות לאחר הלידה.

הוסבר לי והבנתי שהבדיקות מיועדות בין היתר גם לגילוי מחלות אשר עלולות לגרום לתסמינים ביילוד כבר בימים הראשונים שלאחר הלידה.

הוסבר לי שמטרת הבדיקות של כלל היילודים היא לאתר ולאפשר אבחנה וטיפול מונע עוד לפני התפתחות נזק בלתי הפיך לבריאות היילוד, ובכלל זה בעיות בהתפתחות, פיגור שיכול ואף מקרי מוות ממחלות מטבוליות.

קיבלתי הסבר ואני מבין/נה את הסיכונים לבריאות בני/בתי עקב סירובי לבצע את הבדיקה לבני/בתי.

לאחר שקיימתי שיחה עם _____ על כל הנקודות המוזכרות מעלה אני מסרב/ת לבצע את הבדיקה בבני/בבתי.

על החתום:

חתימת האם: _____ שם מלא: _____ ת"ז: _____

חתימת האב: _____ שם מלא: _____ ת"ז: _____

חתימת המסביר: _____ שם מלא: _____ ת"ז: _____

תחום התמחות המסביר/חורתמת המסביר: _____

הערות:

על היולדת או במקרה חריג האפוטרופוס החוקי (אימוץ, אם פונדקאית, יולדת קטינה/חסויה וכיוצא באלה) לחתום על המסמך. רצוי להחתים גם את האב, אם הוא ידוע ונמצא. המסביר יהיה מנהל מחלקת יילודים או מי שמינה מטעמו מתוך הצוות הרפואי. את המסמך החתום יש לשמור בתיק האשפוז. יש לשלוח למעבדה כרטיס בדיקה ללא דם עם הפרטים המזהים ולציין כי האם/ההורים סירבה/ו לבדיקה.