

נספח א' - בקשה והסכמת האישה ללידת בית

הלידה בבית מיועדת ליולדות בריאות שאינן בסיכון, על פי הגדרה רפואית, המבקשות ללדת בבית בסיוע מייולדת מורשית או בסיוע רופא/ה מומחה/ית במיילדות וגניקולוגיה (להלן: "המייולדת" או "הרופא"), ללא התערבות רפואית כמקובל בלידות רגילות בחדרי לידה, בתנאים ובסביבה אותם תבחר היולדת.

הובהר לי שלידת בית מנוהלת על ידי מייולדת/ת או רופא/ה המוסמך/כת בהתאם לחוק ועל פי הנהלים המקצועיים.

שם האם: _____ ת.ז.: _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____

שם האב: _____ ת.ז.: _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____

אני הח"מ מבקשת ללדת בבית בסיוע המייולדת/ת או רופא/ה המוסמך/כת ואני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מהמייולדת/ת או הרופא/ה _____ שם משפחה: _____ מס' רשיון: _____ על מהלך לידת הבית ועל יתרונותיה וסיכונה לרבות כמפורט להלן, והסכמתי לפעול בהתאם להם.

הובהר לי כי אם יהיה שינוי במצבי ו/או במצב העובר/היילוד במהלך הלידה או לאחריה, על פי שיקול דעתה של המייולדת/ת או הרופא/ה, תידרש העברה במהירות האפשרית לבית-חולים.

הובהר לי שבלידת בית יתבצע ניטור העובר לסירוגין בהתאם לשלבי הלידה. הוסבר לי שבלידת בית, כמו בלידה במסגרת חדר לידה, עלולים להתרחש קשיים וסיכונים לא צפויים אשר מצריכים התערבות רפואית כמו למשל, דימומים (כתוצאה מהפרדות שליה או קרע ברחם), קושי בחילוץ העובר, ובמקרים נדירים הפרעות בקרישת הדם ותסחיף מי שפיר שהם מצבנים מסכני חיים. הובהר לי כי במצבים המפורטים לעיל יש חשיבות לבצע התערבות רפואית מהירה במסגרת בית-חולים ולפיכך זמן ההעברה לבית-חולים עלול להיות משמעותי לי או לעובר / יילוד. אני מודעת לכך כי עיכוב בהתערבות רפואית במצבים הנ"ל עלול לגרום לנזק קשה ובלתי הפיך לי או לעובר/יילוד.

הובהר לי שבמצבים של שינוי במצבי ו/או במצב העובר/היילוד, במהלך הלידה או לאחריה, על פי שיקול דעתה של המייולדת/ת או הרופא/ה, יהיה צורך במתן טיפול רפואי/תרופתי לי או ליילוד, שאינו במסגרת ההסכם על לידה טבעית.

הוסבר לי שבלידת בית יילקחו בדיקות דם לי וליילוד וינתן לי וליילוד טיפול תרופתי הניתן באופן שיגרתי בבית חולים, למעט חיסונים.

הוסכם כי המייולדת/ת או הרופא/ה תגיע / יגיע לביתי תוך שעה מזמן ההודעה על הופעת סימני לידה פעילה ותשהה / ישהה עמי משך הלידה כולה ולפחות שעתיים לאחריה.

תאריך _____ שעה _____ חתימת האישה _____

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאישה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם המייולדת/ת / רופא/ה _____ חתימת המייולדת/ת / רופא/ה _____

תאריך: _____ שעה: _____ מס' רשיון _____