

## טופס הסכמה: ניתוח הרמת שדיים MASTOPEXY

הניתוח הינו קוסמטי, וכולל הרמת הפטמה והסרה של עודפי עור. לעיתים, הניתוח יכול להתבצע בשילוב עם החדרת תותבים כדי להגדיל את נפח השדיים.

הניתוח מבוצע בהרדמה כללית, ולעיתים, בהרדמה מקומית + הרגעה עמוקה.

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' \_\_\_\_\_

על ניתוח להרמת שדיים \_\_\_\_\_ עם/בלי החדרת תותבים מסוג \_\_\_\_\_  
בנפח \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי-נוחות, בחילות והקאות, ושטפי דם.

הוסבר לי שבכל מקרה תותרנה צלקות באזור החתך/ים. צורת הצלקות שתותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות ומכוערות, או צלקות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות).

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, שינויים בתחושת הפטמות ובצורתן, וכן בעור היכולים להיות זמניים או קבועים, תחושת גושים, פעירה של שולי החתך/ים, נמק של עור ו/או עטרה ו/או פיטמה ו/או של רקמות עמוקות ואסימטריה של השדיים. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים וניתוחים נוספים.

הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים במקרה של השתלת תותב, לרבות דליפה או קרע במעטפת התותב, וכן פליטה או דחייה שיצריכו ניתוח להוצאתו, התקשות קופסית התותב והתכווצותו, וכתוצאה מכך אי נוחות וכאב, ו/או עיוות בצורת השד/פיטמה, עד כדי צורך בהוצאת התותב.

הובהר לי, שעד היום לא הוכח, באופן חד משמעי, הקשר בין השתלת תותב והתפתחות מחלה סרטנית, וכן הקשר עם תופעות ריאומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות).

כמו כן, הובהר לי שהניתוח עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד, ויש סיכוי סביר לאובדן יכולת ההנקה. הוסבר גם שהניתוח איננו עוצר את תהליך הצניחה הטבעי של השד, וידוע הוא ששנויים במשקל הגוף, הריון לידה והנקה משנים את צורת השדיים ועלולים לרזז את צניחתם.

הוסבר לי שבמידה ויעשה שימוש בתותב, יהיה צורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה.

אני נותנת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה, או בהרדמה כללית שההסבר עליה יינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא ינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשרת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

אני מאשרת/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

חותמת וחתימת הרופא \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_