

טופס הסכמה לניתוח: תיקון גינקומסטיה (הקטנת שדיים בגבר)

ניתוח להקטנת שדיים בגבר הינו בעיקר ניתוח קוסמטי, ולעיתים מתבצע בשל צורך רפואי. הניתוח כולל הסרה של עודפי רקמת שד, שומן דרך העטרה, ולעיתים גם עודפי עור. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או בהרדמה מקומית עם הרגעה עמוקה.
שם המטופל: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר': _____ על ניתוח להקטנת שני השדיים/שד ימין/שד שמאלי* (להלן: "הניתוח העיקרי").
הוסבר לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן וסיכויי הצלחתן.
הוסבר לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי וכן מגבלותיו לרבות אסימטריה בין השדיים. הוסבר לי, שלעיתים תבוצע שאיבת שומן בלבד דרך פתחים, שימוקמו בצדי גבול העטרה והעור / קו בית שחי קדמי. השאיבה תבוצע באזור השד, וייתכן שעד קו עצמות הבריח, עצם החזה וקו בית השחי האחורי. שאיבת השומן עשויה להיות הפעולה היחידה או הנלווית אל כריתת רקמת השד, שתחייב הרחבת החתך לרוחב המחצית התחתונה של העטרה.
אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, שינויים בצורה או/ו תחושה בפטמות ואי נוחות, בחילות והקאות. היות שמדובר ברקמות רכות, שלא ניתן ברור לצפות את מהלך הריפוי שלהן, לא ניתן לשלוט באופן מלא לא על צורת השד ולא על גודלו הסופי, ובעיקר לא ניתן לנבא את מידת כיווץ העור.
הוסבר לי שבכל מקרה עלולה להוות צלקת בחצי היקף התחתון של גבול העטרה והעור, ובמקרים בהם נדרשת הסרת עודפי עור תיוותרנה צלקות נוספות. הוסבר לי, שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו, ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות או קלואידיות (בולטות, אדומות ומגרדות למשך כל החיים).
כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, הצטברות דם בחלל התת שדי העלולה להצריך ניקוז באמצעות פתיחת תפרים, זיהום, פעירת שולי החתכים, הישארות עודפי עור ובעתיד אפשרות הסרתם, פגיעה בתחושה בפטמות, פטמות שקועות ואפשרות להתפתחות נמק חלקי או מלא של הפטמה והעטרה או של חלק מרקמת השד שיצריכו, לעיתים רחוקות, התערבות ניתוחית. במקרים של שאיבת שומן, בנוסף לסיבוכים הקודמים ייתכנו: נפיחות רקמות, אי סדירות של העור בעתיד, שינויים בגוון העור ובמקרים נדירים – תסחיף שומני או פגיעה בריאה וקשיי נשימה, וסיבוכים נוספים שלא ניתן לפרטם. אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. הסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין 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 מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. אני מסכים/מה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצורכים 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 יינתן 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.



**TLV
MEDICAL**

TLV מדיקל | הברזל 15 תל אביב
טל. 077-9807500 פקס. 077-9807534
www.tlvmedical.com

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 מאשר 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 השניה: _____

תאריך: _____ שעה: _____

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

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____
