TLV MEDICAL
TLV מדיקל | הברזל 15 תל אביב
טל. 077-9807500 פקס. 03-5290231
www.tlvmedical.com

טופס הסכמה: ניתוח קוסמטי של אוזניים

OTOPLASTY

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי של מנח אפרכסות האוזניים, וצורתם.

הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה: _____ _____ _____

שם משפחה שם פרטי ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

על ניתוח קוסמטי באפרכסת ימין/אפרכסת שמאל/שתי האפרכסות*, השיטה שתינקט: _____
(להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, לרבות האפשרות של אסימטריה בין האוזניים ו/או חזרת האוזן למצבה הקודם.
וכי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, שטפי דם תת עוריים, בחילות והקאות, אי נוחות ושינויי תחושה בעור האפרכסת, הוסבר לי שחתכי הניתוח מתבצעים בחלק הקדמי או האחורי של עור האפרכסת ושלעיתים יש צורך להוציא חלק מן הסחוס. הוסבר שתיוותרנה צלקות במקומות החתכים, אשר צפויים להשתפר במשך הזמן, אך בעיון מקרוב ניתן יהיה להבחין בהן.
במקרים בהם יורחק סחוס מהאפרכסת, תתכן היווצרות קפל עור בקדמת האפרכסת. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות).
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום עד כדי אבדן עור ו/או סחוס, פעירה של שולי החתכים, חשיפת תפרים, וחוסר תחושה בעור האפרכסת, כאב כרוני באזור המנותח, שינויי צבע ועיוותים באפרכסות. במקרים נדירים עלול להיווצר דימום אשר יצריך ניתוח דחוף.

אני נותן/ת 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/ה 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/ה 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 הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדוייק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצוייה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצוייה 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. 03-5290231
www.tlvmedical.com

במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובעלות של שימוש חדר הניתוח בלבד.

אני מתחייב/תת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.
אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.
חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופל ראשונה:_____תאריך:_____שעה: _____

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה: _____ 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: _____