



טופס הסכמה לניתוח תיקון גינקומסטיה (הקטנת שדיים בגבר)

מדבקה

ניתוח להקטנת שדיים בגבר, הינו בעיקר ניתוח קוסמטי, ולעתים מתבצע בשל צורך רפואי. הניתוח כולל הסרה של עודפי רקמת שד, שומן דרך העטרה, ולעתים גם עודפי עור.

הניתוח מבוצע בהרՃמה כללית או בהרՃמה מקומית עם הרגעה עמוקה.

ת.ז.

שם האב

שם פרטى

שם משפחה

שם המטופל:

אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבלתני הסבר מפורט על פה מפרופ' ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטى _____

על הצורך ביצוע ניתוח להקטנת GYNECOMASTIA שד ימין שד שמאל שני השדיים (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר ומאשר בזאת, כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקומות של הניתוח וכן מגבלותיו לרבות אסטרטיה בין השדיים, הוסבר לי, שלעתים תבוצע שאיבת שומן בלבד דרך הפתחים, שיימוקמו בצדדי גבול העטרה והעור/קו בית שחיה קדמי, השאייה תבוצע באזורי השד, ויתכן שעד קו עצמות הבריח, עצם החזה וקו בית השחי האחורי. שאיבת השומןعشוויה להיות הפעולה היחידה או הנלוות אל כריתת רקמת השד, שתחייב הרחבת החתק לחוף המחברת התחתונה של העטרה.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו לי תופעות הלואין הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות כאב, שינויים בצורה ו/או תחושה בפטמות ואי נוחות, בחילות והקאות, היות שמדובר ברקמות רכות, שלא ניתן לשולט באופן מלא לא על צורת השד ולא על גודלו הסופי, ולא ניתן לנבأ את מידת כיווץ העור.

הוסבר לי שבכל מקרה עלולה להיות צלקת, בחצי היקף התחתון של גבול העטרה והעור, ובמקרים בהם נדרש הסרת עודפי עור תיותרנה צלקות נוספות. הוסבר לי, שצורת הצלקות שתיותרנה, תלואה בסוג העור שלו ותכונות הריפוי שלו, ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות או קלואידיות (بولות, אדומות ומרדודות למשך כל החיים) כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, הצטברות דם במהלך התת שדי העוללה להוצר ניקוז באמצעות פתיחה תפירים, זיהום, פערת שולי החתכים, הישארות עודפי עור ובטעית אפשרות הסרתם, פגיעה בתוחשת הפטמות, פטמות שקוות ואפשרות להתפתחות נמק חלקי או מלא של הפטמה והעטרה או של חלק מרקמת השד שיצריכו, לעיתים רוחקות, התרבותות ניתוחית.

במקרים של שאיבת שומן, בנוסף לסיוכים הקודמים, ייתכנו: נפיחות רקמות, אי סדרות של העור בעתיד, שינויים בגוון העור ובמקרים נדירים - תסחיף שומני או פגיעה בರיאה וקשי נשימה וסיוכים נוספים שלא ניתן לפרטם.

אני מונע בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
הוסבר לי, שהניתוח מבוצע בהרՃמה מקומית והרגעה עמוקה. הסבר על הרՃמה ינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן, אני מצהיר ומאשר בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין, שקיים אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם בעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים גם אותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המתמחה/ת יהו חיוניים או דורשים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכים לצלום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצרכים מדעיים, תיעוד ומעקב.



הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מಡוק, וכי לא ניתן למנוע לחЛОטין, סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנחה/ת מתחייב/ת לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצiosa, אולם, הובהר לי כי לא ניתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סיבוך או תוצאה לא רצiosa לאחר הטיפול, כמו כן, לא ימוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדןימי בעובודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז ו/או כל נזק ישיר או עקיף, שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אחרות. במידה ווחלת לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בדרך כלל בשנה שיש צורך בניתוח מתמשך, הוא יבוצע בהסכם שני הצדדים ובמחיר עולות.

אני מתחייב להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המתפל כפי שהם יקבעו, להודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר שהיא לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתם.

ידעו לי, ומוסכם, כי לא תחול عليיכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-**TLV מדיקל** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתකבל אודוטני מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפא בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שਮוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי, טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה). פרטיים אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), רשם ויישמר על ידי המרפא במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפא לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירותים שניתנים לי ע"י המרפא, וימסר על ידי המרפא לצדים שלישיים (לרבות הרופא המתפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והונגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דין מדינת ישראל. בחתימתה מטה אני נתן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

תאריך _____

חתימת האפטורופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפטורופוס (קרובה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה /לאפטורופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/היא חתום/ה על הסכמה בפני לאחר שוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ מס' רישון: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם