



טופס הסכמה לניתוח הרמת שדים MASTOPEXY

mdbka

הניתוח הינו קוסמטי, הניתוח יכול להתבצע בשילוב עם החדרת תותבים כדי להגדיל את נפח השדים, הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומר הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם המטופלת: _____
שם משפחה: _____
ת.ז. _____
שם האב: _____
שם פרט: _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבلتם הסבר מפורט בעל פה מפרופ'/{ד"ר}: _____
שם המשפחה: _____
שם פרט: _____

על ניתוח להרמת שדים MASTOPEXY דרך חתך תת שדי סביב העטרה בבית השחי אחר עם/בלי החדרת תותבות/ים. מסוג: _____
(להלן: "הניתוח העיקרי").
בנפק _____
הוסבו לי התוצאות המוקוט וمبرגות יכולת התקיקון בניתוח.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבו לי תופעות הלועאי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואינוחות. הוסבר לי שבכל מקרה תותרנה צלקות באזורי החתך/ים, צורת הצלקות שתותרנה תלויות בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן הוסבו לי הסיכון והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, שינויים בתוחשת הפטמות והעור היכולים להיות זמןים או קבועים, פערה של שולי החתך/ים, נמק של העור ו/או עטרה ו/או של הפיטה ו/או רקומות עמוקות ואסימטריה של החזה. סיבוכים אלה עלולים להזכיר טיפולים וניתוחים נוספים.

הוסבו לי הסיכון והסיבוכים האפשריים במקרה של השתלת תותב, לרבות דליפה או קרע במעטפת התותב, וכן פליטה או דחיה שיצרכו ניתוח להוצאתו, התקשות קופסית התותב והתקচותו, וכתוואה מכח אי נוחות וכאב, ו/או עיוז בצוות השד.

הובהר לי, שעד היום לא הוכח, באופן חד ממשעי, הקשר בין השתלת תותב והתפתחות מחלת סרטנית, וכן הקשר עם תופעות ריאומטיות ועצביות חמורות של מערכת החיסון (אוטואימוניות). כמו כן, הובהר לי שהותוב עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד. הוסבר לי שבמקרה ויעשה שימוש בתותב, יהיה צורך במעקב תקופתי קבוע לפחות אחת לשנה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפות בעקבות בודאות או במלאם, אך ממשמעותם הבירהה לי, לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן��הן בבדיקות שד.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומר הרגעה, לאחר שהוסבו לי הסיכון והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלו לגורום, לעיתים נדירות, להפרעת נשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חוליו לב וחולים עם הפרעה במערכת נשימה.



אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדיםמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדיםמה על ידי המדרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי פروف' ד"ר:

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליהם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.

אני מסכימים לכך שميدיע שמוועבר ל-**TLV MEDIKL** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודזוטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמווענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו - 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים) וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרובות הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והונגע אליו הנובע ממנו, לרבות, מבלי פגוע בנסיבות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיו ו/או יכולתו דיני מדינת ישראל.

בחתימתה מטה אני נוטן 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 יהיה דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כמפורט לעיל.

חתימת החולה

תאריך _____

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפה)

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה /לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ש肖וכנעת/י הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ מס' רשיון: _____

חתימה: _____

שם המתרגם: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם