



## טופס הסכמה לניתוח שאיית שומן

### LIPOSUCTION

mdbka

שאיית שומן הינה טכניקה ניתוחית המיועדת להרחקת ריכוזי שומן וודפים מאזורים מוגדרים בגוף. הניתוח אינו מהוות תחליף לירידה במשקל. בעקבות שאיבת השומן יתכן לעתים, צורך בניתוח להרחקת וודפי עור.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, אזורית או מקומית.

ת.ז.

שם האב

שם פרטى

שם משפחה

שם המטופל:

שם פרטى

שם המשפחה

שם

על ניתוח שאיית שומן LIPOSUCTION מאזר (להלן: "הניתוח העיקרי").  
הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות, בנסיבות המקורה לרבות: כריתת עור וшומן וודפים, והסיקומים והסיכוןים בכל אחד מהלכים אלה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.  
הוסברו לי התוצאות המקומיות ומוגבלות יכולת התיקון בניתוח, דהיינו, לעיתים השאייה לא ת.deg את התוצאות הרצויות ו/או שתתבטא בהתקচות לא אחידה של העור והופעת גומות או בליטות על פני השטח. בשאיית שומן זו צדדיות עלולה להיווצר אסימטריה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבلتם הסבר מפורט בעל פה מפרופ'/<sup>ד"ר</sup>:  
הוסברו לי שבמקרים בהם יוחדר מכשיר השאייה תיווצר צלקת. הצלקת שתティוורתנה תלויות בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם מתפתחנה צלקות קלאידות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכון והסיכון האפשריים לרבות: דימום, זיהום והצטברות נזלים (סְרוּמָה) באזוריים מהם נשאב השומן. כמו כן יתכן, נקיים לעור, דלקת ורידים - שטחית ועמוקה ובמקרים נדירים ביותר תשחיפים ליראות.

אני מונע/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.  
הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות, שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר יתרור שיש צורך להרחבת היקפו, לשנותו או לנקטם בהלכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם בעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובירה לי, לפיכך אני מסכימ/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכםתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הניתוח מקומי עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומר הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכון והסיכון של הניתוח מקומי, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה והסיכון האפשריים של שימוש בחומר הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בפעולות הלב ולהפרעות נשימה, בעיקר אצל חוליות לב וחולמים עם הפרעה במערכות הנשימה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית או אזורית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המדרדים.

אני יודעת/ת ומסכימ/ה לכך שהניתוח העיקרי והליכים האחרים, יושו בידי פרופ'/<sup>ד"ר</sup>:



ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול عليכם כל אחירות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכם לכך שמידע שמועבר ל-**TLV MEDICAL** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתකבל אודוטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטי התקשורת. אמצעי תשלום ועוד), יישמר על ידי המרפאה במארכי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, 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 השירותים שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים (לרבבות הרופא המטפל והגנום המביטה) אך ורק לשם המתוות הניל' בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והונגע אליו הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בנסיבות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינתי ישראל. בחותמי מטה אני נוטן בזאת הסכמה מודעת, 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

שעה

תאריך

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

שם האפוטרופוס (קייבת)

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

\_\_\_\_\_  
מ"ס רשיון:

\_\_\_\_\_  
חתימה:

שם הרופא: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
קשריו למטופל

שם המתרגם \_\_\_\_\_